

Aus der Neurologischen Abteilung und der Psychiatrischen und
Neurologischen Poliklinik der Psychiatrischen und Neurologischen
Klinik der Freien Universität Berlin

Leiter: Prof. Dr. med. W. GIRKE

**ORALE DYSAESTHESIEN BEI
ZAHNPROTHESENTRÄGERN ALS
AUSDRUCK LARVIERTER DEPRESSION**

**Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin**

vorgelegt von
Carsta Drillisch
aus Lübben

1977

Aus der Neurologischen Abteilung und der Psychiatrischen und
Neurologischen Poliklinik (Leiter: Prof. Dr.med. W. GIRKE)
der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der
Freien Universität Berlin

ORALE DYSAESTHESIEN BEI
ZAHNPROTHESENTRÄGERN ALS
AUSDRUCK LARVIERTER DEPRESSION

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin



vorgelegt von
Carsta Drillisch
aus Lübben

Referent: Professor Dr.med. Wolfgang Girke
Korreferent: Professor Dr. Dr. E. Harndt

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin



Promoviert am: 28.12.1977

Meiner Mutter

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	1
II. GRUNDLAGEN	
1. Differentialdiagnose des Zungenbrennens und anderer oraler Dysaesthesien	2
2. Stomatopathia prothetica und Parafunktionen	3
3. Zahnverlust und Zahnersatz	4
4. Inkorporation von Zahnprothesen	5
5. Zum Begriff "larvierte Depression"	6
6. Nosologie der larvierten Depression	8
7. Phänomenologie der larvierten Depression	11
7.1. Somatische Äquivalente	12
7.2. Affektive Äquivalente	13
III. FRAGESTELLUNG	14
IV. KRANKENGUT UND METHODE	16
V. ERGEBNISSE	19
1. SOZIALE DATEN	19
1.1. Geschlecht	19
1.2. Alter	19
1.3. Familienstand	21
1.4. Berufstätigkeit	21
2. PRAEMORBIDE PERSÖNLICHKEIT	21
2.1. Somatische Erkrankungen	21
2.2. Psychische Erkrankungen und Störungen	24
3. FAMILIÄRE BELASTUNG	26

4.	SYMPTOMATOLOGIE	27
4.1.	Art der Beschwerden und ihre Lokalisation	27
4.2.	Auslösende Ursachen	28
4.3.	Psychisch belastende Situationen zum Zeitpunkt des Beginns der Beschwerden	33
4.4.	Verlauf der Beschwerden	33
4.5.	Depressive Äquivalente zum Zeitpunkt der Untersuchung	36
5.	INTERNE, NEUROLOGISCHE UND PSYCHIATRISCHE BEFUNDE	37
5.1.	Interner Befund	37
5.2.	Neurologischer Befund	39
5.3.	Psychiatrischer Befund	41
6.	PSYCHOLOGISCHE TEST-UNTERSUCHUNG	46
6.1.	Intelligenz	46
6.2.	Merkfähigkeit	47
6.3.	Hirnorganische Leistungsstörungen	48
6.4.	FPI (Freiburger Persönlichkeits-Inventar)	50
6.5.	Verhaltensbeobachtung	51
VI.	THERAPIE	52
VII.	DISKUSSION	54
VIII.	ZUSAMMENFASSUNG	67
IX.	LITERATURVERZEICHNIS	70

I. EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG

Patienten mit Prothesenunverträglichkeitserscheinungen in Form von Dysaesthesien und Schmerzen im Bereich der Mundhöhle nach dem Einsetzen einer Zahnprothese, denen mit zahnärztlichen Maßnahmen allein nicht geholfen werden kann, sind nur eine kleine Gruppe innerhalb des zahnärztlichen Patientengutes. Nach LANGER treten bei 1 % aller Zahnprothesenträger Prothesenunverträglichkeitserscheinungen ohne nachweisbare organische oder exogene Ursachen auf. Durch Intensität und Dauer ihrer Beschwerden belasten sie jedoch die zahnärztliche Praxis nicht unwesentlich, weil alle zahnärztlichen Maßnahmen erfolglos zu sein scheinen. Da die Patienten davon überzeugt sind, daß ihre Beschwerden durch den Zahnersatz hervorgerufen werden, suchen sie von sich aus keinen Nervenarzt auf und werden auch nur selten von Zahnärzten zu einem solchen überwiesen.

Die vorgelegte Arbeit soll in einer prospektiven Studie an einem von Zahnärzten ausgewählten Patientengut der Frage nachgehen, welche Beziehungen zwischen oralen Dysaesthesien und neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen bei Zahnprothesenträgern bestehen, weiterhin soll untersucht werden, ob gemeinsame psychopathologische Besonderheiten bei diesen Patienten auftreten, aus denen therapeutische Konsequenzen abgeleitet werden können.

II. GRUNDLAGEN

1. Differentialdiagnose des Zungenbrennens und anderer oraler Dysaesthesien.

Über die Differentialdiagnose des Zungenbrennens und ähnlicher Schleimhautdysaesthesien mit Ausnahme jener, die durch einen künstlichen Zahnersatz hervorgerufen oder richtunggebend beeinflusst werden können, hat DREPPER eine umfangreiche Literaturübersicht, verbunden mit eigenen Untersuchungsergebnissen, veröffentlicht. Als häufigste Ursachen der "Glossodynie" oder "Glossalgie" werden genannt:

Orale Schleimhautdysaesthesien

- durch äußere Reize (chemische oder elektrische bzw. elektrogalanische Reize, Kontaktallergien, Traumen, Infektionen).
- bei klinisch erkennbaren Zungenveränderungen (MÖLLER-HUNTER'sche Glossitis bei BIERMER'scher perniziöser Anämie, Vitamin- bzw. Eisenmangelkrankungen, schwere Infektionskrankheiten mit versagender Infektabwehr und symptomatischen Glossitiden, Tuberkulose, Lues, Neoplasien und verschiedene Hautkrankheiten).
- durch Schädigung der peripheren Nerven (Verletzung des N. lingualis und N. glossopharyngeus, Neuralgien und Neuritiden unterschiedlichster Genese des N. lingualis und N. glossopharyngeus).
- ohne charakteristische Zungenbefunde (Mangelkrankungen mäßiger Ausprägung, Diabetes mellitus, SJÖGREN-Syndrom, REITER-Syndrom).
- hirnorganisch bedingte Störungen wie arteriosklerotische oder hirnatrophische Prozesse, Tumoren, Syringobulbie, Bulbärparalyse.
- als Ausdruck einer psychischen Störung sowohl im Rahmen

eines vegetativen Reizsyndroms (CLAUSER, ZULCH), einer neurotischen Entwicklung (FOX sowie KLIMKE u. PEKKER, zit. bei DREPPER) als auch einer endogenen Psychose.

- als Folge von Intoxikationen und örtlichen Durchblutungsstörungen sowie Störungen der Funktion der Sexualhormone (HEIMANN, THOMA).

2. Stomatopathia prothetica und Parafunktionen

Aus zahnärztlicher Sicht umfaßt der Begriff der Stomatopathia prothetica pathologische Veränderungen und Störungen im Bereich der Mundhöhle, die durch Zahnersatz verursacht oder richtunggebend beeinflußt werden. Die Folge sind Unverträglichkeitsreaktionen mit unterschiedlichen Erscheinungsformen, meist brennende Schmerzen oder andere Dysaesthesien. Neben den klinisch erfaßbaren pathologischen Veränderungen im Bereich der Mundhöhle, die zumeist als Entzündungen oder Atrophien nachweisbar sind, gibt es den Begriff der Prothesenintoleranz. Die Beschwerden im Mundbereich gehen hier häufig ohne klinische Veränderungen einher.

Auch Parafunktionen - Preß- und Reibevorgänge an den Zähnen - können Anlaß zum Zungenbrennen oder Brennen anderer oraler Schleimhautbereiche sein.

Unter dem Begriff der Parafunktionen lassen sich zentral-regulatorische und neuromuskuläre Funktionsstörungen zusammenfassen, die durch Hyperaktivität und -tonizität der Kaumuskulatur in Verbindung mit einer Erniedrigung der Reizschwelle für die reflektorische Tätigkeit die Grundlage der Parafunktionen darstellen (GRABER, GEIGER, RAMFJORD/ASH). Eine Tonuserhöhung in der Kaumuskulatur kann sowohl durch emotionale Spannungen, Schmerzen oder durch okklusale Störungen (RAMFJORD, ASH, KÖRBER) entstehen.

DRUM teilt die Parafunktionen in psychisch motivierte, streßbedingte, habituelle, endogene und sogenannte exzessiv-kompensatorische Parafunktionen ein. GRABER hält dem entgegen, daß "bei jeder parafunktionellen Tätigkeit psychogene Faktoren mitbedingt sind, vielleicht sogar den wesentlichen Grundfaktor bilden".

Einen Zusammenhang zwischen Tonuserhöhung der Kaumuskulatur und Prothesen-Stomatopathien deckten die Untersuchungen von YEMM auf. Als Antwort auf experimentell erzeugten Stress konnte er - ähnlich wie BUTLER und STALLARD - elektromyographisch eine Tonuserhöhung der Kaumuskulatur bei Prothesenträgern nachweisen. Zeigten Prothesenträger mit gesunder Schleimhaut eine schnelle Entspannung mit zunehmender Gewöhnung an die Untersuchungssituation, war bei Patienten mit einer Prothesen-Stomatopathie dagegen nur eine geringe Tonusminderung festzustellen. YEMM sieht in einer Störung des Stoffwechselablaufes durch Kompression kleiner Gefäße der Schleimhaut die mögliche Erklärung, MAHLER und SWINDLE halten es für möglich, daß das Schleimhautbrennen als Folge einer Hypoxie durch "nervöse Stauung" auftritt.

3. Zahnverlust und Zahnersatz

Über die Bedeutung des Zahnverlustes und des Zahnersatzes für den Patienten liegen zahlreiche Untersuchungen von zahnärztlicher (MARXKORS, SABINSKI), psychiatrischer (FINKE, MÜLLER-FAHLBUSCH, ZUCKER), psychologischer (BALTERS, DOLDER) und auch psychoanalytischer (LEFER, MENG, PETERHANS) Seite vor.

Eine Aussage über die psychologische Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz ist nur dann möglich, wenn zunächst die Bedeutung des gesunden Gebisses für seinen Träger erläutert wird. Nach DOLDER kann man zwischen einer effektiven und

einer symbolischen Bedeutung der Zähne für den Menschen unterscheiden. Eine ähnliche Einteilung versucht auch FINKE.

Unter dem Begriff der "effektiven Bedeutung" ist nach DOLDER die Bedeutung der Zähne a) als Waffe - dieser Aspekt spielt heute nur noch eine untergeordnete Rolle - b) als Werkzeug zum Kauen und Sprechen sowie c) als Schmuck zu verstehen. So führt der Verlust der "Waffe" zum Zustand der Wehrlosigkeit, der Verlust des "Werkzeuges" zum Gefühl der Hilflosigkeit und der Verlust des "Schmuckes" zum Bewußtsein der Ungepflegtheit.

Neben dieser "effektiven Bedeutung" haben die Zähne von alters her eine "symbolische Bedeutung" (DOLDER) als Ausdruck von Jugendlichkeit, Vitalität und Wohlbefinden, ihr Verlust wird als Fehlen der Lebenskraft empfunden. Der Zahnverlust bedeutet einen Einbruch in die Persönlichkeitsstruktur des Menschen (BALTERS). Seine Reaktion darauf ist weitgehend abhängig von der Wertschätzung der Zähne für den Träger. Fast immer wird der Zahnverlust eindeutig als Wertminderung der Persönlichkeit und als Alterserscheinung empfunden, nicht selten mit Schuldgefühlen wegen ungenügender Zahnpflege verbunden.

4. Inkorporation von Zahnprothesen

Ein Zahnersatz führt nie zu einer Restitutio ad integrum, eine Restitutio ad statum similem wird angestrebt (DOLDER). Dies macht eine gewisse Zeit der Anpassung erforderlich, wobei es bei einem abnehmbaren Zahnersatz schon zu großen Schwierigkeiten bei der somatischen Anpassung kommt, da das Kauen mit der Prothese neu erlernt werden muß. Die psychische Anpassung an die abnehmbare Zahnprothese ist noch we-

sentlich schwieriger. FINKE weist auf folgende Wechselbeziehung hin: "Das Erleben des Zahnverlustes und die Inkorporation des Zahnersatzes werden mitbestimmt durch Persönlichkeitsstruktur, Biographie und aktuelle Situation des Patienten, wie auch umgekehrt der Zustand der Kauorgane unmittelbar auf den psychischen Bereich zurückwirkt". Gerade beim abnehmbaren Ersatz kommt das Gefühl, einen Fremdkörper zu tragen, täglich zum Bewußtsein und muß verarbeitet werden. "Der Kranke wird mit seinem Leiden, seinem Defekt immer wieder konfrontiert" (FRÖHLICH). Mangelhafte Inkorporation führt zu Prothesenunverträglichkeitserscheinungen, die sich in Gaumen- und Zungenbrennen, Schmerzen im Bereich des Zwischenkiefers, Wundgefühl, Trockenheit im Mund, bitteren Geschmack, Mißempfindungen im Bereich des Gaumens, der Zunge und der Lippen oder unklaren, wenig faßbaren Beschwerden im Mund- und Kieferbereich äußern können.

5. Zum Begriff "larvierte Depression"

In den vergangenen 2 bis 3 Jahrzehnten ist in allen Ländern eine ständige Zunahme von depressiven Krankheitsbildern zu verzeichnen.

HELMCHEN erklärt, man könne annehmen, daß 3 - 4 % der Weltbevölkerung, d.h. 120-160 Millionen Menschen, an behandlungsbedürftigen depressiven Störungen leiden. Dies läßt sich nicht nur darauf zurückführen, daß eine verfeinerte Diagnostik eine größere Anzahl von Depressionen erfaßt. Übereinstimmend wird auf eine absolute Zunahme depressiver Krankheitsbilder hingewiesen (SCHWAB, SILVERMAN, GROSS). Als Ursache können hierfür einerseits die unsere Zeit charakterisierenden psychosozialen Belastungen genannt werden, die nach KIELHOLZ zu einer deutlichen Zunahme psychogener Depressionen geführt haben. Andererseits bedingt die höhere Lebenserwartung der

Bevölkerung eine Zunahme der Quote von Spätdepressionen und involutiven Depressionen. Daneben läßt sich eine deutliche Zunahme psychogen provozierter endogener Depressionen feststellen (BEHRENDTS et al., HELMCHEN, KIELHOLZ, LAUTER, WALCHER).

Es sind weniger die schweren Verlaufsformen betroffen, vielmehr handelt es sich um leichtergradige und mittelschwere Manifestationen, wobei der Gruppe der hypochondrischen Depressionen die größte Bedeutung zukommt (WALCHER), bei denen sich die Gemütsverstimmung hinter vegetativen Störungen und somatischen Beschwerden verbirgt und die deshalb als "larvierte" oder "maskierte" Depressionen bezeichnet werden.

Beobachtungen über das Auftreten körperlicher Symptome bei depressiven Zustandsbildern werden nicht erst in jüngster Zeit beschrieben. Trotz unterschiedlicher Wertung vegetativ-somatischer Symptome im Rahmen depressiver Syndrome sind detaillierte Angaben schon bei LEIDESDORF (1865), KRAEPELIN (1883) und PILCZ (1904) zu finden. Als eigenständiges Krankheitsbild grenzte CIMBAL (1929) erstmalig die "vegetativen Äquivalente" der Depressionen ab, HEMPEL beschrieb 1929 den Begriff der "vegetativ-dystonen Depression" als spezielles Erscheinungsbild der manisch-depressiven Krankheit. MONTASSUT prägte 1936 den Begriff der "dépressions larvées" und LEMKE (1949) dann den der "vegetativen Depression" bzw. "ängstlichen Depression". Dabei deutete er die vegetativen Erscheinungen als den körperlichen Ausdruck der Angst, die depressiven Erscheinungen sind gegenüber den somatischen Beschwerden in den Hintergrund getreten. Gleiche Bedeutung hat auch der klassische Ausdruck der "depressio sine depressione". Aber schon SCHNEIDER und besonders WALCHER in seiner umfassenden Monographie wiesen darauf hin, daß in keinem Krankheitsfall ein "seelischer Hof" bzw. die "vitale Verstimmung" fehlen.

Eine Fülle von Synonyma spricht für die Schwierigkeiten der Abgrenzung sogenannter "depressiver Randpsychosen", SCHNEIDER: endogene Basisdepression mit neurotischem Überbau, WEITBRECHT: endoreaktive Dysthymie, KRETSCHMER: vitaler Tonusverlust auf freier Strecke, BÜRGER-PRINZ: Entlastungsdepression, KIELHOLZ: Erschöpfungsdepression.

Allen gemeinsam ist aber, daß Schmerzen oder Funktionsstörungen in den unterschiedlichsten Körperregionen zunächst im Vordergrund stehen und die depressiven Symptome bzw. affektiven Begleitsymptome häufig erst durch gezielte Befragung und Anamnesenerhebung hervortreten.

6. Nosologie der larvierten Depression

"Larvierte Depressionen" sind gekennzeichnet durch "funktionelle Organbeschwerden und vegetative Störungen in vielfältiger Ausprägungsmöglichkeit und oft außerordentlicher Variabilität" (WALCHER). Nosologisch handelt es sich um eine endogene Depression, die sich "vorübergehend nur graduell von den schwerergradigen depressiven Verläufen" unterscheidet und auch deren typische Merkmale wie phasenhafter Verlauf, vermehrte Rezidivneigung im Frühjahr und Herbst und abendliche Spontanremissionen aufweist.

Auch GLATZEL, HEINRICH, HOLE, LOPEZ IBOR und WIECK ordnen die larvierten Depressionen dem cyclothymen Formenkreis, also den endogenen Depressionen zu.

In der Eröffnungsansprache zum Internationalen Symposium in St. Moritz, 8. - 10.1.1973, gibt KIELHOLZ folgende Definition:

"Als larvierte Depression bezeichnen wir ein depressives Geschehen, das sich in erster Linie im somatischen Bereich manifestiert. Im deutschen Sprachraum wird der Begriff der larvierten Depres-

sion in der Regel nur auf depressive Manifestationen des manisch-depressiven Formenkreises angewendet. Larvierte Depressionen sind demnach endogene Depressionen, bei denen die depressive Verstimmung durch die körperliche Symptomatik larviert, maskiert - also überdeckt - wird".

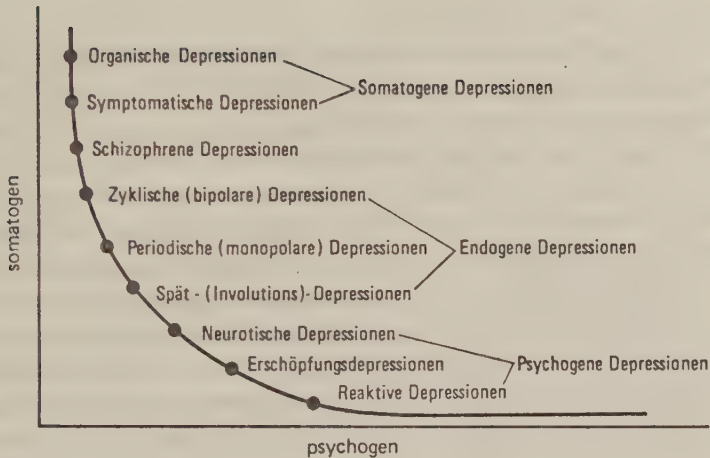
KIELHOLZ, WALCHER sowie BIRKMAYER, HAASE und LEMKE weisen darauf hin, daß die Zunahme depressiver Zustandsbilder, besonders der larvierten Depressionen, weniger durch endogene als durch exogene Faktoren zu erklären ist. Hieraus ergeben sich differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber der psychopathischen hypochondrischen Entwicklung, der neurotischen Depression und der Involutionsdepression bzw. der Depression im Rückbildungsalter ebenso wie gegenüber den psychoreaktiven und den hysterischen Depressionen. WALCHER spricht von einer engen Verflechtung endogen konstitutioneller und exogen neurotisierender Faktoren. Nicht die aktuellen körperlichen und seelischen Erschütterungen, "sondern chronische Belastungsmomente, die zufolge der Persönlichkeitsentwicklung und der Milieubedingungen vielfach von den Betreffenden nicht zu bewältigen waren", lösen dabei depressive Phasen aus. Eine gesonderte Herausstellung der "Involutionsdepression" erscheint nur dann gerechtfertigt, wenn in der Vorgeschichte mit Sicherheit keine manisch-depressiven Phasen - auch in latenter Verlaufsform - nachzuweisen sind (WALCHER). Nach LECHLER und WALCHER, STENSTEDT, ANGST, CIOMPI, HAASE und v. CRANACH sind Depressionen im Rückbildungsalter, die häufig durch eine lange Prodromalphase mit überwiegend körperlichen Beschwerden gekennzeichnet sind, "durchaus nicht immer symptomatische Psychosen im Rahmen sklerotischer und seniler Veränderungen", sondern zum Teil "sicher ausgelöste endogene Episoden" (WALCHER). Eine Chronifizierung, Ausdruck einer Interferenz

endogener Faktoren und zunehmender hirnnorganischer Veränderungen, wird dabei betont (WALCHER, BURCHARD).. Nach BIRKMAYER ist die larvierte Depression eine Balance-störung der biogenen Amine besonders im extracerebralen Bereich ("Peripherie"). Die Toleranz der "biochemischen Belastbarkeit" ist im Alter reduziert und dadurch die Wiederherstellung der Balance erschwert.

Andererseits können die sogenannten "neurotischen Depressionen" phänomenologisch den vorbeschriebenen gleichen. Hierbei werden jedoch pathoplastisch und pathogenetisch Erlebnisse wirksam, die beim jeweiligen Patienten Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen. Nur teilweise oder fehlerhaft verarbeitete Konflikte bzw. eine Störung der Erlebnisverarbeitung führen in der Folge zu depressiver Symptomatik.

Umfangreiche statistische Untersuchungen von LEWIS (1934), ESSEN-MÖLLER (1961) und KENDELL (1968) ließen erkennen, daß anhand der Symptomatologie und des Verlaufes keine deutlichen Unterschiede zwischen endogenen, reaktiven und neurotischen Depressionen bestehen. Im Gegensatz hierzu fanden CARNEY und Mitarbeiter 1965 deutliche Gruppenunterschiede zwischen neurotisch und endogen Depressiven. Diese kontroversen Meinungen sind bis heute trotz immer neuer Untersuchungsreihen nicht endgültig entschieden.

Unterschiedliche Auffassungen bestehen auch über die Notwendigkeit eines "endogenen Kerns" zur Diagnosenstellung einer "larvierten Depression". Unbestritten ist jedoch, daß aus nosologischer Sicht fließende Übergänge zwischen den einzelnen Formen depressiver Krankheitsbilder bestehen und an der Entstehung eines depressiven Syndroms häufig mehrere Faktoren beteiligt sind.



Nosologische Einordnung der Depressionszustände (in Anlehnung an HIPPIUS / SELBACH, modifiziert nach KIELHOLZ).

7. Phänomenologie der larvierten Depression

Die Symptomatik larvierter Depressionen ist außerordentlich vielgestaltig und die diagnostischen Schwierigkeiten, organische Beschwerden als somatische Äquivalente einer larvierten Depression zu erkennen, sind sehr groß, besonders dann, wenn die eigentliche depressive Symptomatik in den Hintergrund tritt. Auch für die Patienten selbst stehen die körperlichen Beschwerden im Vordergrund, und nicht selten wird von ihnen der depressive Zustand in einer Art Anosognosie zurückgewiesen (MÜLLER-FAHLBUSCH, WALCHER).

7.1. Somatische Äquivalente

Die körperlichen Beschwerden, auch depressive (LOPEZ IBOR), somatische oder affektive (da FONSECA, SPIEGELBERG) Äquivalente genannt - da sie "ohne organischen Befund einem depressiven Gemütsleiden zugeordnet sind oder aber an seiner Stelle stehen" (PICHOT) - sind uni- oder multilokulär. Alle Organsysteme können betroffen werden. Nach einer Statistik von SERRY und SERRY an 436 Patienten mit Depressionen führten zentral-nervöse (26,7 %), gefolgt von gastrointestinalen Beschwerden (22,2 %), unklaren Allgemeinbeschwerden (18,1 %), Störungen von seiten des Muskel- und Skelettsystems (11,5 %) und cardiovasculären Symptomen (10,7 %). Urogenitale Beschwerden waren mit 4,8 %, Atembeschwerden mit 3 %, Beschwerden von seiten der Sinnesorgane mit 1,9 % und von seiten der Haut mit 1,1 % festzustellen gewesen. Im Krankengut von HAASE und WIECK lokalisierten die Hälfte der Patienten ihre leiblichen Mißempfindungen in den Bereich des Kopfes, 30 % litten unter Herzbeschwerden und etwa 20 % klagten über Beschwerden im Brustbereich. WIECK gibt für das Auftreten von Beschwerden im Ohren-, Mund-, Rachen- und Nasenbereich bei Cyclothymen 10 % an.

Aus symptomatologischer Sicht lassen sich zwei Arten von körperlichen Mißempfindungen unterscheiden, die gleichermaßen bei der larvierten Depression auftreten können. PICHOT und HASSAN nennen die Coenaesthopathien, die sie als lokale Störungen der allgemeinen Sensibilität in Form von Paraesthesien oder Schmerzen beschreiben und die einzeln, an umschriebener Stelle auftreten und sich nicht verändern. Ihnen stellen sie die hypochondrischen Beschwerdebilder gegenüber, bei denen es sich sowohl um ein allgemeines körperliches Unwohlsein bzw. Krankheitsgefühl handeln kann bis hin zur zwanghaft übertriebenen Sorge um die Gesundheit oder gar um auf das Körperliche bezogene abnorme Empfindungen

oder Wahrnehmungen.

WEITBRECHT macht eine ähnliche Unterteilung und stellt die monosymptomatische Hypochondrie der primären Hypochondrie gegenüber.

7.2. Affektive Äquivalente

Neben den körperlichen Beschwerden tritt die eigentliche depressive Symptomatik in den Hintergrund. Das Vorhandensein von Verhaltens- und Erlebensstörungen wie Freudlosigkeit, Gefühlsverarmung, Versagensängste, Konzentrations- und Entscheidungsschwäche, Initiativverlust sowie diskrete Hemmung des Denkens und des Antriebs weisen nicht nur auf den depressiven Hintergrund der geäußerten organischen Beschwerden hin. Sie deuten gleichzeitig auf die endogene Natur der larvierten Depression. Dazu gehören auch Schlafstörungen trotz schneller Ermüdbarkeit und körperlicher Schwäche, ein phasischer Verlauf der Beschwerden mit beschwerdefreien Intervallen und die zirkadiane Dysrhythmie mit abendlichen spontanen Remissionen. Auch stärker hervortretende Phobien und Anankasmen können auftreten.

Der chronische oder episodische Medikamenten- oder Alkoholgenuß und Suicidversuche weisen ebenso wie Störungen im Sexualbereich in Form von Libido- und Potenzstörungen auf depressive Äquivalente hin.

III. FRAGESTELLUNG

In den bisherigen Untersuchungen über Zahnverlust und Zahnersatz (BALTERS, DOLDER, FINKE, LEFER, MENG, PETERHANS) sowie Inkorporation von Zahnprothesen (DOLDER, FINKE, FRÖHLICH, LANGEN, LANGER, LAUFFER, MARXKORS) sind immer nur die Probleme aus der Sicht einer Fachdisziplin - aus zahnärztlicher oder psychiatrisch-psychologischer Sicht - bearbeitet worden. Ähnliches läßt sich über das Zungenbrennen und andere orale Dysaesthesien aussagen (ABTS, BEGEMANN, BÖHME, CLAUSER, DREPPER, HERRMANN, ROLL, WAGNER, ZUCKER). Das Entstehen von Prothesenunverträglichkeitserscheinungen aus der Sicht verschiedener Fachdisziplinen wurde erstmals 1976 von einer Arbeitsgruppe der Universität Münster gemeinsam an 66 Patienten untersucht (FORCK, MARXKORS, MÜLLER-FAHLBUSCH, SABINSKI, ZUMKLEY).

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, an einem von Zahnärzten ausgewählten Patientengut der Frage nachzugehen, ob zwischen den oralen Dysaesthesien bei Zahnprothesenträgern und Erkrankungen im neurologisch-psychiatrischen Bereich Zusammenhänge bestehen. Dabei gilt es, folgende Fragenkomplexe zu klären:

1. Bestehen Gemeinsamkeiten hinsichtlich sozialer Daten, früherer Erkrankungen und familiärer Belastungen bei den Patienten?
2. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Art der Beschwerden, ihrer Lokalisation und neuen Zahnprothesen?
3. Lassen sich daneben psychisch belastende Situationen erkennen, die zum Zeitpunkt des Einsetzens der Prothese auftraten und auf die Beschwerden Einfluß ausüben könnten?
4. Liegen interne oder neurologische Erkrankungen vor, die die von den Patienten geklagten Mißempfindungen ursäch-

lich bedingen?

5. Bestehen bei den Patienten psychische Auffälligkeiten oder psychiatrische Erkrankungen, in deren Folge die Beschwerden eintraten?
6. Lassen sich Anhaltspunkte dafür finden, daß die körperlichen Mißempfindungen zumindest bei einem Teil der Patienten Ausdruck einer larvierten Depression sind?
7. Bestehen unter der Annahme, daß die Symptomatik zumindest bei einem Teil der Patienten Ausdruck einer larvierten Depression ist, Möglichkeiten der therapeutischen Einflußnahme?

IV. KRAKENGUT UND METHODE

Von Mai 1975 bis April 1976 wurden von der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Freien Universität Berlin alle die Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz, die unter Zungenbrennen und anderen Dysaesthesien im Mundbereich litten, ohne daß dafür prothesentechnische oder kieferorthopädische Probleme als allein auslösende Ursachen festzustellen waren, zur nervenfachärztlichen Untersuchung an die Poliklinik der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin überwiesen.

Von zahnärztlicher Sicht waren vorher die Paßform der Prothese kontrolliert sowie mögliche Materialunverträglichkeiten und Allergien ausgeschlossen worden. Neben der klinischen Beurteilung der gesamten Mundhöhle erfolgte eine histologische Untersuchung der Schleimhäute. Die Probeexzision in Höhe des oberen 2. Molaren 1 cm paramedian diente bei Brennen der Gaumenschleimhaut, bei Zungenbrennen eine fungiforme Papille zur Beurteilung. Bei Lippenbrennen wurde eine Biopsie aus dem betroffenen Schleimhautgebiet entnommen. Die Tragegewohnheiten des Zahnersatzes wurden untersucht, eine Eliminationsprobe der Prothese wurde durchgeführt, und mögliche zahnärztliche Ursachen der Mißempfindungen wurden durch Korrektur der Prothesen ausgeschlossen, ohne daß dadurch eine Besserung der Mißempfindungen eingetreten wäre. Über diese Ergebnisse wird in einer separaten Arbeit von zahnärztlicher Seite berichtet.*

* H. SCHRÖDER: Untersuchungen zur Frage der psycho-neurogenen Prothesenintoleranz unter besonderer Berücksichtigung des Schleimhautbrennens (Promotionsschrift 1977).

Eine psychiatrisch-neurologische Untersuchung erfolgte bei insgesamt 40 Patienten. Eine Gruppe von 25 Patienten (Hauptgruppe) wurde in einer prospektiven Studie nach einem standardisierten Programm untersucht. Daneben bildeten weitere 15 Patienten, die bereits vor Beginn der Studie ambulant in der Poliklinik der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin untersucht und behandelt worden waren, eine Nebengruppe.

Im einzelnen wurden folgende Kriterien erfaßt:

1. Allgemeine Anamnese (Alter, Geschlecht, Familienstand, abgelaufene körperliche Erkrankungen unter besonderer Beachtung cardiovasculärer und Stoffwechsel-Erkrankungen).
2. Anamnestisch bekannte psychische Störungen oder Erkrankungen.
3. Familiäre Belastungen bezüglich psychischer Erkrankungen oder depressiver Äquivalente.
4. Spezielle Anamnese (ausführliche Beschreibung der Mißempfindungen, zeitlicher Ablauf und mögliche Periodizität der Beschwerden, auslösende Ursachen, psychodynamisch relevante auslösende Situationen und aktuelle depressive Äquivalente).
5. Körperliche und neurologische Untersuchung einschließlich Elektroencephalogramm, Schilling-Test, Differential-Blutbild, aktueller Blutzucker-Spiegel.
6. Psychiatrische Exploration.
7. Testpsychologische Untersuchungen*
 - a) WIP (Wechsler-Intelligenz-Test für psychiatrisch Kranke - verkürzte Form des HAWIE nach DAHL) als Maß für die Intelligenz der Patienten.

* Die Untersuchungen wurden von Frau Dipl.-Psychologin H. BAUER durchgeführt.

- b) Wechsler-Memory-Scale zur Erfassung des Kurzzeitgedächtnisses (für hirnnorganisch Kranke) mit der Überprüfung von insgesamt 5 Bereichen: Umgang mit Symbolen, Sinngeächtnis, Zahlengedächtnis, visuelles Gedächtnis, assoziatives Gedächtnis.
- c) Benton-Test zur Erfassung erworbener Störungen der Intelligenzfunktion.
- d) FPI (Freiburger Persönlichkeits-Inventar).
- e) Verhaltensbeobachtung während der Testuntersuchung (Verhalten, Selbstsicherheit, -unsicherheit, Leistungsdruck).

8. Therapieansätze.

Wegen der kleinen Zahl von 40 Patienten, aufgeteilt in eine Hauptgruppe mit 25 und eine Nebengruppe mit 15 Patienten, wurden keine statistischen Berechnungen durchgeführt. Es wurden nur Häufigkeiten (Teile von Hundert) errechnet. Eine Normalgruppe von Zahnprothesenträgern, die unseren Patienten in Alter oder Geschlechtsverteilung vergleichbar wäre, ist nicht bekannt.

Die von der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Freien Universität Berlin überwiesenen Patienten waren vor Beginn der eigentlichen Untersuchung ausführlich über deren Verlauf unterrichtet worden. Den Patienten stand es frei, die Untersuchung zu jedem Zeitpunkt abubrechen, auch wurden sie auf die Freiwilligkeit der Untersuchung hingewiesen. Da für die Mehrzahl der meist älteren Patienten erstmalig in ihrem Leben eine nervenärztliche und psychologische Untersuchung erfolgte, fühlten sich einige von ihnen trotz unseres Bemühens um eine entspannte Atmosphäre durch die für sie ungewohnte Situation belastet.

V. ERGEBNISSE

1. SOZIALE DATEN

1.1. Geschlecht

Unter 25 Patienten der Hauptgruppe (HG) befanden sich 24 Frauen und 1 Mann, in der Nebengruppe (NG) von 15 Patienten war das weibliche Geschlecht 14mal, das männliche ebenfalls nur 1mal vertreten.

1.2. Alter

Das Durchschnittsalter unserer Patienten betrug 63,0 Jahre (HG = 62,0 Jahre, NG = 64,7 Jahre), der älteste Patient war 78 Jahre, der jüngste 38 Jahre alt.

Die Altersverteilung zum Zeitpunkt der Untersuchung und bei Beginn der Symptomatik zeigen Tab. 1 und 2.

Tab. 1: Altersverteilung des Patientengutes zu Beginn der Symptomatik

Alter zu Beginn der Symptomatik	bis 50 J.	51 - 60	61 - 70	über 70 J.
HG (n=25)	4	10	11	-
NG (n=15)	1	2	11	1
gesamt (n=40)	5	12	22	1

Tab. 2: Altersverteilung des Patientengutes zum Zeitpunkt der Untersuchung

Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung	bis 50 J.	51 - 60	61 - 70	über 70 J.
HG (n=25)	2	8	12	3
NG (n=15)	1	1	11	2
gesamt (n=40)	3	9	23	5

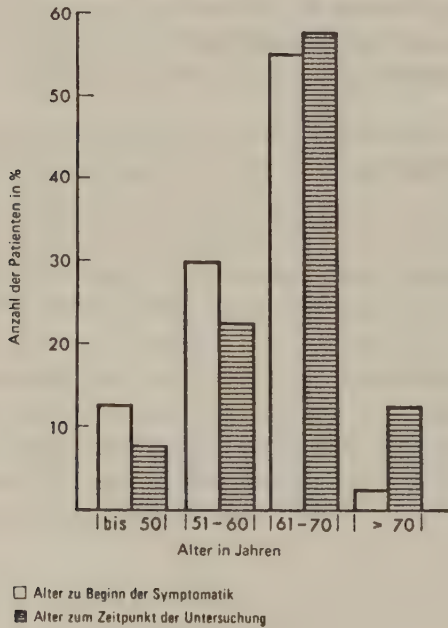


Abb. 1 Altersverteilung des Gesamtkrankengutes (n = 40)

1.3. Familienstand

6 von den 25 Patienten der HG waren ledig, in der NG waren es 4. Weitere 7 Patienten der HG waren verwitwet (4 der NG). Insgesamt lebten von den 40 Patienten 20 (12 der HG und 8 der NG) allein, eine Patientin lebte in einem Heim.

1.4. Berufstätigkeit

Von den 25 Patienten der HG standen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch 4 im Arbeitsprozeß, 21 waren nicht berufstätig. Von ihnen übten 13 früher eine regelmäßige berufliche Tätigkeit aus.

Obwohl es sich in 96 % der Fälle unserer HG um Frauen handelte, sind oder waren 2/3 (68 %) unserer Probanden berufstätig. Das erscheint ein überproportional hoher Anteil zu sein, da es sich nicht nur um vorübergehende Berufstätigkeit während der Kriegs- und Nachkriegszeit handelte. Ein ähnliches Verhältnis kann auch in der NG festgestellt werden. Von 14 nicht mehr berufstätigen Patienten arbeiteten 7 früher regelmäßig, bei 3 Patienten sind Aussagen nicht möglich.

2. PRAEMORBIDE PERSÖNLICHKEIT

2.1. Somatische Erkrankungen

52 % der Patienten der HG (13 von 25) wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung regelmäßig medikamentös wegen innerer Erkrankungen therapiert, zumeist wegen Anzeichen einer Herzinsuffizienz, arterieller Hypertension und Diabetes mellitus.

Im einzelnen lassen sich folgende Diagnosengruppen zusammenfassen (die Angaben in Klammern beziehen sich auf die NG; die aufgetretenen Krankheiten wurden einzeln erfaßt, bei einer Reihe von Patienten traten mehrere Erkrankungen gleichzeitig auf):

A. Herz- und Kreislaufstörungen		
a) Herzerkrankungen	8	(4)
b) Hypertension	2	(3)
c) Hypotension	3	
B. Arthrose u. chron. Rheumatismus	9	
C. Erkrankungen des Urogenitalsystems	2	(3)
D. Stoffwechselerkrankungen		
a) Diabetes mellitus	6	
b) Schilddrüsenerkrankungen	3	(1)
mit u. ohne Funktionsstörung		
c) Erkrankungen von Leber/Galle/ Pankreas	4	(4)
E. Pulmonale Erkrankungen	4	
F. Cerebrale Durchblutungsstörungen	2	
G. Anämie	3	
H. Glaukom oder Katarakt	3	(3)

Venerische Erkrankungen wurden von allen 40 Patienten negiert.

Nur 2 von 24 Patientinnen der HG befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht im Klimakterium (keine der NG), bei 12 Patientinnen der HG lag die letzte Menstruation mehr als 10 Jahre zurück.

Am Beginn der Beschwerden waren 4 Patientinnen der HG noch nicht im Klimakterium, bei 12 waren seit der letzten Regel mehr als 10 Jahre vergangen (s. Tab. 3).

Tab. 3: Zeitraum zwischen Menopause und Beginn der Symptomatik (4 Patientinnen der HG noch nicht im Klimakterium, von 2 Patientinnen der NG keine Angaben):

	bis 5 J.	6 - 10	11 - 15	16 - 20	über 20 J.
HG	5	3	5	2	5
NG	-	-	6	4	2

6 von 24 Patientinnen der HG gelangten durch eine gynäkologische Operation vorzeitig in die Menopause, bei den Patientinnen der NG waren es 2.

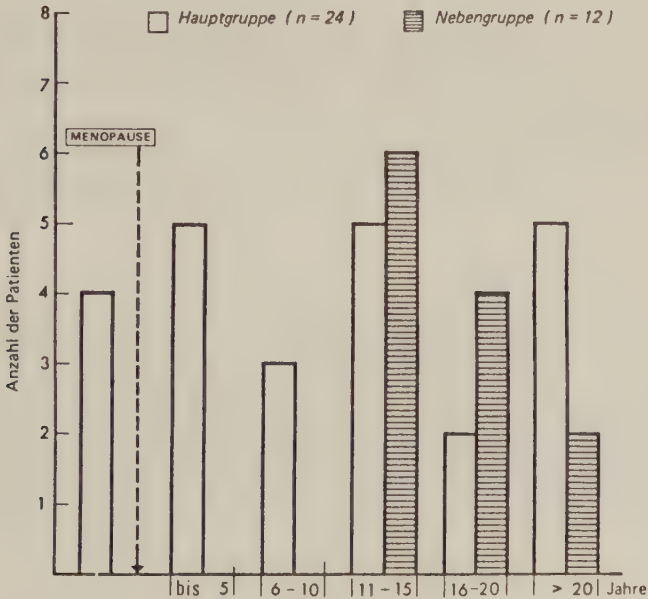


Abb.2 Zeit (in Jahren) zwischen Eintritt der Menopause und Beginn der Symptomatik

2.2. Psychische Erkrankungen und Störungen

2.2.1. Behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen

Behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen, die fast ausschließlich ambulant medikamentös und/oder psychotherapeutisch behandelbar waren, wurden von 9 der 40 Patienten in der Vorgeschichte angegeben. In der HG handelte es sich - abgesehen von einer "Wochenbettpsychose" - ausschließlich um depressive Krankheitsbilder.

2.2.2. Stimmungsschwankungen

Phasenhaft auftretende Stimmungsschwankungen wurden anamnestisch von 7 der 25 bzw. 5 der 15 Patienten angegeben, insgesamt also bei 30 % der Gesamtpopulation (12 von 40). Bei der von uns ausführlich untersuchten Gruppe - und nur hier waren exakte Angaben darüber zu erhalten - wiesen von den insgesamt 7 Patienten 3 eine ausgesprochene zirkadiane Dysrhythmie auf (2 mit einem morgendlichen, 1 Patient mit einem abendlichen Tief).

Diese Stimmungsschwankungen wurden jedoch nach den Mitteilungen der Patienten niemals behandelt oder waren nicht behandlungsbedürftig.

2.2.3. Affektive Äquivalente

Bei 16 der 25 Patienten unserer HG und 10 der 15 Patienten der NG konnten affektive Äquivalente in ihrer Vorgeschichte festgestellt werden. Eine Aufgliederung der am häufigsten angegebenen Beschwerden ergibt folgendes Bild (die Symptome wurden einzeln erfaßt, häufig traten bei den Patienten mehrere gleichzeitig auf):

	HG	NG
Initiativ-Verlust, Antriebs- mangel und Denkhemmung	9	1
Allgemeine Unlustgefühle	4	1
Entscheidungsschwächen	2	-
Konzentrationsstörungen	2	1
Schlafstörungen	8	3
Geringe Belastbarkeit, Reizbar- keit, gehäuftes Weinen	5	2
Versagenszustände oder -ängste	4	1
Angst, Phobien	5	3

Die Patienten wurden weiterhin nach ihrem Eß- und Gewichtsverhalten, nach Suchten und nach Störungen im Sexualbereich, z.B. Libido- oder Potenzstörungen, befragt. Keiner der 25 Probanden der HG gab in diesen Bereichen Störungen oder nicht altersbedingte Veränderungen an. Andererseits muß hervorgehoben werden, daß bei 11 der 40 Patienten eine Adipositas vorlag, was auf Störungen im Eßverhalten hinweisen könnte.

2.2.4. Somatische Äquivalente

Bei 24 der 25 untersuchten Patienten der HG konnten somatische Äquivalente gefunden werden, insgesamt bei 96 % (in der NG in 9 von 15 Fällen).

Aus der folgenden Zusammenstellung lassen sich unterschiedliche Verteilungsmuster der einzelnen Symptomengruppen erkennen, bei der Mehrzahl der Patienten wurde mehr als ein Symptom erfaßt.

	HG	NG
Beschwerden von seiten des Muskel- und Skelettsystems	21	3
Kopfschmerzen (verschiedener Intensität und Lokalisation)	11	4
Gastrointestinale Beschwerden	8	5
Atembeschwerden	4	-
Hauterkrankungen	4	2
Allergien	4	-
Cardiovasculäre Beschwerden	1	3

3. FAMILIÄRE BELASTUNG

Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen traten in der Familien-Anamnese in 11 Fällen (44 % der HG) auf, 2 Patienten konnten darüber keine Angaben machen. Von den Patienten der NG war nur in einem Fall eine Aussage möglich (1mal Alkoholismus).

Es traten folgende Erkrankungen auf:

Alkoholismus	3 mal
Depressionen	6 mal (2 vollendete Suicide)
Epilepsien	1 mal
Parkinson-Syndrom	1 mal
Psychosen	2 mal

(Bei einem der 11 Patienten waren 3 der Diagnosengruppen in der Familien-Anamnese festzustellen).

Affektive (2mal) oder somatische Äquivalente wurden in den Familien der HG in 11 Fällen angegeben, 5 Patienten konnten keine Angaben machen (teilweise trat mehr als ein Symptom

gleichzeitig auf).

Somatische Äquivalente:

Beschwerden von seiten des Muskel- und Skelettsystems	6
Kopfschmerzen (verschiedene In- tensität und Lokalisation)	2
Gastrointestinale Beschwerden	1
Atembeschwerden	2
Hauterkrankungen	1
Allergien	2
Cardiovasculäre Beschwerden	1

4. SYMPTOMATOLOGIE

4.1. Art der Beschwerden und ihre Lokalisation

Brennen an Zunge und Gaumen wurden am häufigsten, nämlich 8mal, angegeben, über Zungenbrennen allein klagten 6, 5 weitere Patienten über Brennen im Bereich von Zunge, Gaumen und Lippen. In 2 weiteren Fällen trat isoliertes Gaumenbrennen und 2mal Brennen des Kieferkammes auf. Bei je einem Patienten waren die Beschwerden an den Lippen bzw. im Rachen lokalisiert.

Von 8 Patienten wurde ein Ausstrahlen der Beschwerden (in Rachen und Ösophagus) angegeben.

Tab. 4 faßt die Ergebnisse zusammen (n = 25).

Tab. 4: Lokalisation der Mißempfindungen bei den Patienten der HG

Lokalisation	Anzahl der Pat. mit Brennen	ausstrahlend
Zunge und Gaumen	8	3
Zunge	6	2
Zunge, Lippen, Gaumen	5	2
Gaumen	2	-
Kieferkamm	2	1
Lippen	1	-
Rachen	1	-

4.2. Auslösende Ursachen

4.2.1. Zusammenhang mit neuer Zahnprothese

20 Patienten der HG sahen einen Zusammenhang ihrer Beschwerden mit der Eingliederung einer Prothese (80 %), davon traten diese bei 14 Patienten bei der 1. Prothese auf. 4 Patienten verneinten den Zusammenhang mit der Protheseneingliederung, bei einem weiteren war er fraglich. Bei 2 Patienten bestanden die oralen Mißempfindungen wahrscheinlich schon früher, verstärkten sich aber nach Protheseneingliederung. Von den Patienten der NG gaben 11 von 15 einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Eingliederung der Prothese und Beschwerdebeginn an.

Tab. 5: Beginn der Symptomatik im Zusammenhang mit der Eingliederung einer neuen Prothese

		ja	nein	fraglich
HG	25	20	4	1
NG	15	11	-	4
gesamt	40	31	4	5

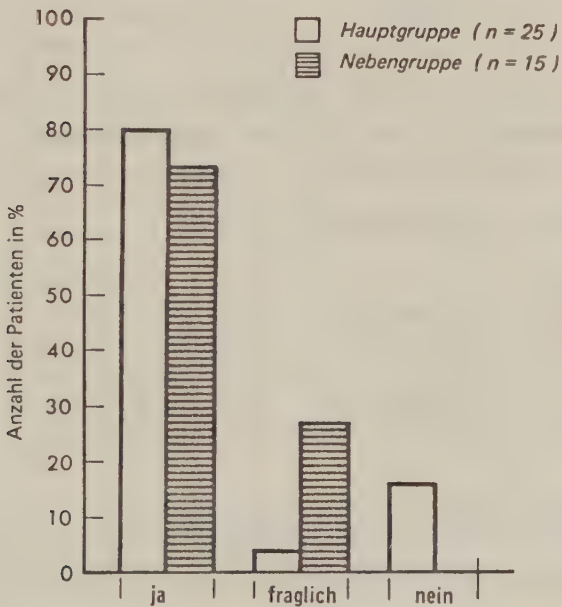


Abb. 3 Beginn der Symptomatik in Abhängigkeit von der Eingliederung einer neuen Prothese

4.2.2. Anzahl der bisherigen Prothesen

18 Patienten der HG trugen ihre Zahnprothese 2 und mehr Jahre, 60 % aller Patienten sogar seit über 3 Jahren.

Tab. 6: Dauer des Prothesentragens bei den Patienten der HG

Dauer des Prothesentragens	Anzahl der Patienten
unter 1 Jahr	3
1 - 2 Jahre	4
2 - 3 Jahre	3
3 - 4 Jahre	7
4 - 5 Jahre	1
5 und mehr Jahre	7

Über die Anzahl der bisher angefertigten Prothesen läßt sich folgendes aussagen (n = 25):

Tab. 7: Anzahl der angefertigten Prothesen pro Patient der HG

Anzahl der angefertigten Prothesen pro Patient	1	2	3	4	5	6	7
Anzahl der Patienten	7	6	5	3	2	-	2

4.2.3. Tragegewohnheiten der Prothesen

Abb. 8: Tragegewohnheiten der Prothesen (n = 25)

tagsüber	Tag u. Nacht	zum Ausgehen	1h/die	nie
13	7	3	1	1

Die Paßform der Prothese wurde zahnärztlich bei den Patienten der HG beurteilt:

gut	18	Patienten
befriedigend	4	"
mäßig	2	"
ungenügend	1	"

4.2.4. Histologische Befunde der Schleimhaut

Eine histologische Untersuchung wurde bei 22 der 25 Patienten der HG durchgeführt.

Tab. 9: Histologische Befunde der Mundschleimhaut bei 22 Patienten der HG (die Befunde wurden einzeln erfaßt)

Histologischer Befund	Anzahl der Patienten
Atrophie	14
Entzündung	10
Epithelverdickung	5
parakeratotische Verhornung	15
orthokeratotische Verhornung	6
Bindegewebsvermehrung	22

4.2.5. Zahl der wegen oraler Mißempfindungen von den Patienten konsultierten Ärzte

Die Angaben beziehen sich nur auf die Patienten der HG.

1. Zahnärzte

Anzahl	2	3	4	5 u. mehr
Pat.	11	10	1	3

2. Praktische
Ärzte

Anzahl	1	2
Pat.	8	4

3. Internisten

Anzahl	1	2	3
Pat.	3	3	1

4. HNO-Ärzte

Anzahl	1	2
Pat.	3	1

5. Nervenärzte

Anzahl	1	2
Pat.	5	1

6. andere Fachgebiete
bzw. Fachgebiete
nicht mehr zu be-
nennen

Anzahl	1	4
Pat.	3	1

4.2.6. Dauer bis zur ersten nervenärztlichen Untersuchung
Seit Beginn der Symptomatik vergingen bis zur ersten nerven-
ärztlichen Konsultation bei den Patienten der HG

weniger als 1 Jahr	-	3 Patienten
2 bis 5 Jahre	-	15 Patienten
mehr als 5 Jahre	-	7 Patienten

4.3. Psychisch belastende Situationen zum Zeitpunkt des Beginns der Beschwerden

In 16 von 25 Fällen fiel die Eingliederung der Prothese mit zur gleichen Zeit auftretenden belastenden Situationen zusammen:

Todesfall von Familienangehörigen oder befreundeten Personen	4
Konflikte mit Familienangehörigen	4
Trennung von Kindern	4
Sorgen um Familienangehörige (Krankheit, Ehekonflikte)	3
berufliche Veränderungen, auch des Ehepartners	3
Wechsel der Wohnung	1

(in 3 Fällen waren jeweils 2 gleichzeitig bestehende belastende Situationen zu eruieren).

Von den 16 Patienten hatten insgesamt 6, also 24 % der HG, eine Trennungsproblematik zum Zeitpunkt der Protheseneingliederung zu verarbeiten (Todesfall, Trennung von Kindern, Arbeit oder Wohnung).

6 unserer 25 Patienten der HG empfanden den Verlust der Zähne sehr eingreifend und belastend, teils als "Kastration", teils als Zeichen der "Alterung" besonders gegenüber dem Ehepartner.

4.4. Verlauf der Beschwerden

4.4.1. Tagesschwankungen

Im Verlaufe des Tages nahmen bei 14 Patienten der HG die oralen Mißempfindungen zu, 9 verspürten keine Änderung, 2 konnten darüber keine detaillierten Angaben machen. Eine Abnahme

im Tagesverlauf war in keinem Fall festzustellen.

Tab. 10: Tagesschwankungen der Mißempfindungen bei den Patienten der HG (n=25)

zunehmend	gleichbleibend	abnehmend	unsicher
14 Pat.	9 Pat.	-	2 Pat.

4.4.2. Periodizität

Eine gesicherte Periodizität der oralen Dysaesthesien - es handelt sich hier nicht um Schwankungen im Tagesverlauf, sondern um Längsschnittangaben über die gesamte Dauer der Beschwerden - gaben 9 von 25 Patienten sicher an, Hinweise dafür fanden sich bei weiteren 4 Patienten.

4.4.3. Beschwerden beim Essen

Über völlige Beschwerdefreiheit beim Essen berichteten 13 von 25 Patienten, über eine Besserung der Mißempfindungen weitere 6. Keine Änderung der Beschwerden während des Essens wurde von 3 Patienten angegeben, von 3 weiteren konnten wir keine Angaben erhalten, weil sie die Prothese nicht beim Essen getragen hatten. Eine Zunahme der Beschwerden beim Essen war in keinem Fall zu verzeichnen.

Tab. 11: Änderung der oralen Mißempfindungen beim Essen bei den Patienten der HG

beschwerdefrei	13
gebessert	6
unverändert	3
verstärkt	-
keine Angaben	3

4.4.4. Eliminationstest

Nach Elimination der Prothesen (die Elimination wurde für 2 Tage durchgeführt) waren 8 Patienten der HG beschwerdefrei, 10 gaben eine Besserung der Mißempfindungen an. Ohne Einfluß auf die Beschwerden blieb die Elimination in 5 Fällen. 1mal trat danach Verschlechterung auf, 1 Patient konnte keine sicheren Angaben machen.

Von den 18 Patienten, die von einer Besserung oder Beschwerdefreiheit nach Elimination der Prothese sprachen, trat diese in 4 Fällen "schlagartig" ein, bei weiteren 5 nach 15-30 Minuten. In 9 Fällen war keine genaue Zeitangabe möglich.

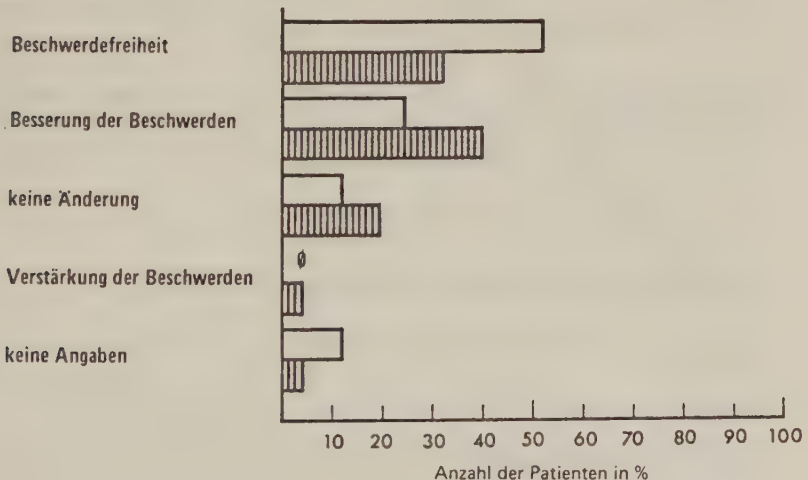


Abb. 4 Änderung der oralen Dysaesthesien in Abhängigkeit von der Nahrungsaufnahme (□) und von der Elimination der Prothese (▨).

4.4.5. Fremdkörpergefühl

Über Fremdkörpergefühl im Zusammenhang mit den Zahnprothesen klagten 17 Patienten der HG; 13 gaben ein anhaltendes Fremdkörpergefühl an, in 4 Fällen trat es nur manchmal auf.

4.5. Depressive Äquivalente zum Zeitpunkt der Untersuchung

4.5.1. Affektive Äquivalente

Zum Zeitpunkt der Untersuchung erklärten nur 4 Patienten der HG, daß sie durch die Mißempfindungen nicht psychisch belastet seien, 12 Patienten bezeichneten sich als Reaktion auf ihre Beschwerden als ausgesprochen depressiv. 21 Patienten berichteten über mehrere affektive Äquivalente.

Diese Zahlen beziehen sich auf die Angaben der Patienten während der Exploration, 8 von ihnen haben sich im FPI als nicht depressiv bezeichnet, in allen diesen Fällen trat aber auch mangelnde Offenheit im FPI zutage.

Häufigkeit affektiver Äquivalente bei den Patienten der HG (die Symptome wurden einzeln erfaßt, häufig traten bei den Patienten mehrere gleichzeitig auf):

Initiativ-Verlust, Antriebsmangel und Denkhemmung	14
Allgemeine Unlustgefühle, Müdigkeit	6
Entscheidungsschwäche, sich Zurück- ziehen	9
Grübeln	1
Konzentrationsstörungen	4
Schlafstörungen	11
Geringe Belastbarkeit, Reizbarkeit, gehäuftes Weinen	11

Versagenszustände oder -ängste	1
Angst, Phobien	5

4.5.2. Somatische Äquivalente

Die Verteilung der somatischen Äquivalente ist aus der folgenden Aufstellung ersichtlich (zum Teil traten bei einem Patienten mehrere Symptome gleichzeitig auf). Die Angaben beziehen sich auf die Patienten der HG.

Beschwerden von seiten des Muskel- und Skelettsystems	6
Kopfschmerzen (verschiedener Inten- sität und Lokalisation)	2
Gastrointestinale Beschwerden	7
Atembeschwerden	3
Hauterkrankungen	1

Keine somatischen Äquivalente wurden bei insgesamt 14 Patienten festgestellt.

5. INTERNE, NEUROLOGISCHE UND PSYCHIATRISCHE BEFUNDE

5.1. Interner Befund

5.1.1. Klinische Befunde

In der folgenden Aufstellung werden die Ergebnisse der internen Untersuchung zusammengefaßt. Mehrfach traten mehrere Erkrankungen bei einem Patienten gleichzeitig auf. Zum Teil konnten die von den Patienten in der Anamnese angegebenen Erkrankungen nicht mehr festgestellt werden. Bei den Patienten der NG waren nicht in allen Diagnosengruppen Befundergebnisse zu erfassen.

	HG	NG
A. Herz- und Kreislaufstörungen		
a) Herzerkrankungen	3	1
b) Hypertension	5	5
c) Hypotension	2	-
B. Erkrankungen des Bewegungsapparates	6	1
C. Gastrointestinale Beschwerden	1	1
D. Stoffwechselerkrankungen		
a) Diabetes mellitus	5	-
b) Adipositas	6	5
E. Pulmonale Erkrankungen	1	1
F. Hauterkrankungen	1	-
G. Glaukom oder Katarakt	3	3

Als weitere Erkrankungen fanden sich: Varikosis der unteren Extremitäten bei 9 Patienten der HG (3 der NG), Anzeichen für eine Tonsillitis 1mal, Descensus uteri 1mal, labile Hypertension 2mal.

Die Untersuchung des Augenhintergrundes bei den 25 Patienten der HG war in 20 Fällen unauffällig, in 3 Fällen fanden wir Kaliberschwankungen der Gefäße, bei 2 Patienten einen Fundus hypertonicus.

Nur 8 von 25 Patienten der HG und 6 der NG zeigten einen unauffälligen internen Status, bei 13 Patienten war eine regelmäßige medikamentöse Therapie wegen internistischer Erkrankungen erforderlich.

5.1.2. Klinische Zusatzbefunde

Bei allen Patienten wurde eine Blutzuckeruntersuchung durch-

geführt (die Blutzuckerspiegelbestimmung erfolgte beim nicht nüchternen Patienten mit Haemo-Glukotest der Fa. Boehringer). Von 25 Fällen lag der BZ-Spiegel nur in einem Fall über dem Normbereich. Im Differentialblutbild zeigten sich ebenfalls nur bei einem Patienten pathologische Verhältnisse (Leukocytose).

Der Schilling-Test zum Ausschluß einer Vitamin-B-12-Re-sorptionsstörung war bei allen 25 Patienten der HG negativ. Bei den 15 Patienten der NG wurde diese Untersuchung in 8 Fällen durchgeführt, dabei fand sich ein pathologischer Befund.

5.2. Neurologischer Befund

5.2.1. Klinisch-neurologische Befunde

Die neurologische Untersuchung ergab in 22 von 40 Fällen normale Befunde. Leichte Auffälligkeiten in Form von Sensibilitätsstörungen, geringe Störungen im koordinativen Bereich sowie Schwächung des Seh- und Hörvermögens traten in 12 der Fälle auf, deutliche pathologische Befunde konnten 6mal erhoben werden. In der letztgenannten Gruppe fanden sich folgende Krankheiten (es handelt sich ausschließlich um Patienten der HG):

Parkinson-Syndrom	1 mal
Periphere Nervenschädigung (N.ulnaris)	1 mal
Cerebrale Durchblutungsstörungen mit neurologischer Symptomatik	4 mal

In keinem Fall konnten Hinweise auf eine Trigeminusneuralgie oder andere Neuralgien im Gesichts- und Kopfbereich festgestellt werden.

Tab. 12: Verhältnis zwischen EEG-Befunden und Befunden der klinisch-neurologischen Untersuchung bei den Patienten der HG und NG.

EEG	Patienten			klinisch-neurologischer Befund	Patienten		
	HG n=25	NG n=15	n=40		HG n=25	NG n=15	n=40
unauffällig	7	9	16	1. unauffällig 2. diskrete Störg. 3. pathol.Befund	4 0 3	8 1 0	12 1 3
leichte Auffälligkeiten ("basale Dysrhythmie", fokale Betonungen, meist unter HV	14	4	18	1. unauffällig 2. diskrete Störg. 3. pathol.Befund	5 7 2	3 1 0	8 8 2
pathologisch (Herdbefund)	4	0	4	1. unauffällig 2. diskrete Störg. 3. pathol.Befund	1 2 1	0 0 0	1 2 1
nicht abgeleitet	0	2	2	1. unauffällig 2. diskrete Störg. 3. pathol.Befund	0 0 0	1 1 0	1 1 0
insgesamt	25	15	40	insgesamt	25	15	40

5.2.2. EEG

Bei allen 25 Patienten der HG wurde ein EEG abgeleitet. Bei den 15 Patienten der NG wurden in 13 Fällen EEG-Ableitungen durchgeführt (s. Tab. 12).

Bei den 4 Patienten mit einem pathologischen EEG-Befund wurde in einem Fall nach 4 monatiger Therapie ein unauffälliger EEG-Befund festgestellt.

5.3. Psychiatrische Befunde

Die Ergebnisse wurden in einer freien psychiatrischen Exploration gewonnen.

Die psychopathologischen Befunde waren in der NG von 15 Patienten nicht in allen Bereichen nachträglich exakt zu beurteilen, so daß die im folgenden in Klammern angegebenen Zahlen nur in den Bereichen Bewußtsein und Orientierung, Wahrnehmung sowie Stimmung und Affekt die gesamte Gruppe repräsentieren. Die Beurteilung des psychopathologischen Befundes der Patienten der NG wurde von unterschiedlichen Untersuchern durchgeführt.

5.3.1. Bewußtsein und Orientierung

WEITBRECHT unterscheidet zwei Seiten des Begriffes Bewußtsein. Der eine Bereich erfaßt die Klarheit oder Trübung des Sensoriums und gehört somit in die Reihe der Wach-Schlaf-Vorgänge. Der andere Bereich erfaßt den höchsten Grad des Bewußtseins bei intaktem Sensorium, die "Besonnenheit" (STÖRRING). Er weist darauf hin, daß zum Bereich des "Sensoriums" sowohl das Erfassen von Außeneindrücken als auch von "Innenvorgängen" (GRUHLE) gehört.

Sowohl in der HG als auch in der NG waren in keinem Fall Störungen des Bewußtseins einschließlich der Orientierung und der Besonnenheit festzustellen.

5.3.2. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit

Die Aufmerksamkeit bzw. Konzentrationsfähigkeit waren bei 10 Patienten deutlich eingeschränkt (4), 4 (3) zeigten eine leichtere Störung dieses Bereiches.

5.3.3. Wahrnehmung

Wahrnehmungsstörungen in Form von Illusionen, Halluzinationen oder Pseudohalluzinationen waren bei keinem Patienten zu eruieren.

5.3.4. Gedächtnis

Störungen der Merkfähigkeit und des Neugedächtnisses traten sicher bei 4 Patienten auf (4), bei weiteren 2 (2) mußte zumindest der Verdacht geäußert werden. Das Altgedächtnis war bei 4 (1) Patienten gestört, bei 2 (2) weiteren bestand der Verdacht auf Altgedächtnisstörungen.

5.3.5. Denken

Formale Störungen des Denkablaufes, nämlich gehemmtes, verlangsamtes und umständliches oder weitschweifiges Denken, fanden wir bei insgesamt 10 (9) Patienten in deutlicher, bei 3 (3) weiteren Patienten in diskreter Ausprägung. Nur 12 Patienten (3) wiesen keine formalen Denkstörungen auf.

Tab. 13: Altersverteilung der formalen Denkstörungen

Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung	Anzahl der Pat. im Ge- samt-Kranken- gut	Anzahl der Pat. mit deutlichen formalen Denk- störungen	Anzahl der Pat. mit diskreten formalen Denk- störungen	Anzahl der Pat. ohne formale Denkstörungen
bis 50 J.	3	0	1	2
51 - 60	9	5	0	4
61 - 70	23	11	4	8
über 70	5	3	1	1
insgesamt	40	19	6	15

Inhaltliche Denkstörungen wie überwertige Ideen, Wahnwahrnehmungen, Wahneinfall, Wahnideen oder Wahnsysteme konnten bei keinem der Patienten festgestellt werden. Erwähnt werden muß jedoch das Auftreten von hypochondrischen oder phobischen Befürchtungen bzw. das Eingeengtsein der Denkinhalte auf die geklagten körperlichen Beschwerden bei 8 (10) Patienten.

5.3.6. Stimmung und Affekt

Unter Stimmung verstehen WEITBRECHT und K. SCHNEIDER Zustandsgefühle, die über längere Zeiträume hinweg anhalten.

Der Affekt ist ein reaktives Gefühl, das rasch einsetzt, große Intensität erreichen kann und häufig mit vegetativen Begleiterscheinungen verbunden ist.

36 von 40 Patienten waren depressiv oder subdepressiv verstimmt. Bei keinem der 25 Patienten der HG lagen in der Anamnese oder der aktuellen Krankengeschichte Suicidversuche vor.

Zeichen der Affektlabilität waren bei 17 (15) Patienten sicher vorhanden, bei 5 Patienten waren sie diskret ausgeprägt.

5.3.7. Antrieb

Antriebsstörungen im Sinne einer Minderung des Antriebes konnten in 13 (8) Fällen sicher, in 1 Fall fraglich diagnostiziert werden.

5.3.8. Primärpersönlichkeit

Eine akzentuierte bzw. abnorme Persönlichkeitsstruktur (nach LEONHARD) wiesen 11 Patienten auf, wobei es sich bei 6 Pa-

tienten um übergenau-anankastische Persönlichkeiten und bei 5 Patienten um übernachhaltige Persönlichkeiten handelte.

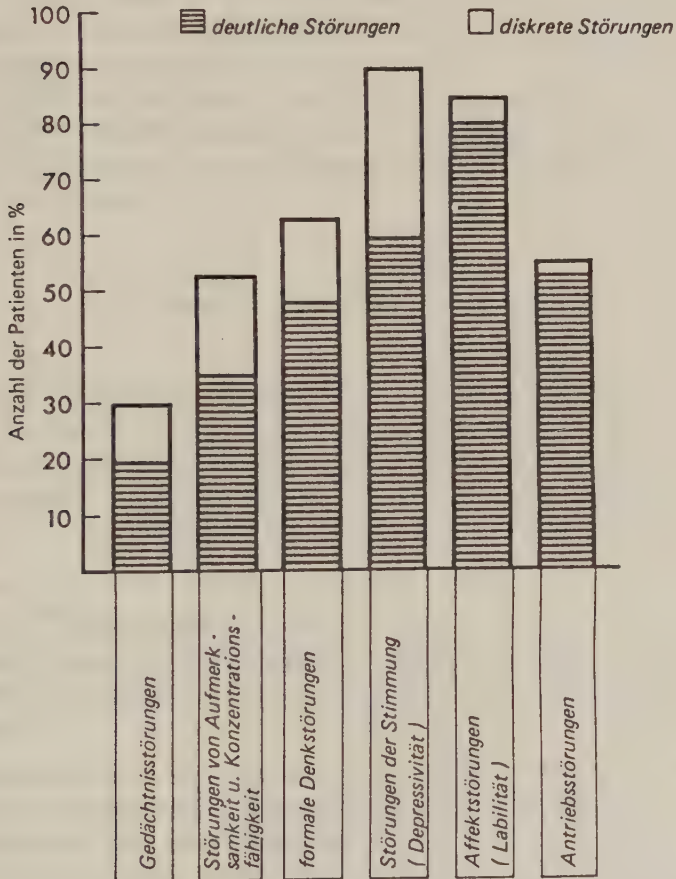


Abb. 5 Häufigste psychopathologische Befunde (n = 40)

In der Zusammenfassung der Ergebnisse einiger psychopathologischer Phänomene kommt zum Ausdruck, daß der intellektuelle Leistungsbereich (formale Denkfunktionen und Mnestic) in 16 Fällen deutlich, in 8 weiteren Fällen leicht gestört, dagegen die psychische Grundbefindlichkeit (Stimmung, Affekt, Antrieb) bei 32 Patienten deutlich, bei 6 diskret gestört waren. Die Störungen von Stimmung, Affekt und Antrieb haben nach unseren Ergebnissen ein deutliches Übergewicht gegenüber jenen des intellektuellen Leistungsbereiches.

6. PSYCHOLOGISCHE TEST-UNTERSUCHUNG

6.1. Intelligenz

Der Intelligenzquotient wurde nach dem Wechsler-Intelligenz-Test (WIP) für psychiatrisch Kranke - verkürzte Form des HAWIE nach DAHL - bei den Patienten der Hauptgruppe bestimmt. Es ist ein Gesamtwert aus allgemeinem Wissen, Finden von Gemeinsamkeiten, Bilderergänzen und Mosaik-Test.

IQ 110 - 117	=	hohe Intelligenz	2 Pat.
IQ 91 - 109	=	durchschnittliche Intelligenz	13 Pat.
IQ 79 - 90	=	niedrige Intelligenz	9 Pat.
IQ 63 - 78	=	sehr niedrige Intelligenz	1 Pat.
IQ unter 62	=	Schwachsinn	0 Pat.

Nach WECHSLER und DAHL besitzen 50 % der Gesamtbevölkerung der entsprechenden Altersgruppe eine durchschnittliche Intelligenz (IQ 91 - 109). Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der Intelligenzquotienten der HG mit den Durchschnittswerten der Gesamtbevölkerung der entsprechenden Altersgruppe. Eine Verschiebung in Richtung niedrigerer IQ-Werte bei den von uns untersuchten Patienten ist erkennbar.

Tab. 14: Intelligenzquotienten der Gesamtbevölkerung
(nach WECHSLER und DAHL) und der Patienten
der HG

Intelligenz- klassifizierung	IQ	Anteil in der Gesamtbevölkerung (in %)	Anteil bei den Patienten der HG (in %)
extrem hohe Intelligenz	> 127	2,2	-
sehr hohe Intelligenz	118-126	6,7	-
hohe Intelligenz	110-117	16,1	8,0
durchschnitt- liche Intelligenz	91-109	50,0	52,0
niedrige Intelligenz	79- 90	16,1	36,0
sehr niedrige Intelligenz	63- 78	6,7	4,0
extrem niedrige Intelligenz	< 62	2,2	-

6.2. Merkfähigkeit

Die Bestimmung des Merkfähigkeitsquotienten erfolgte nach der Wechsler-Memory-Scale (WMS) bei den 25 Patienten der Hauptgruppe.

MQ über 114	=	überdurchschnittliche MF	2 Pat.
MQ 86 - 114	=	durchschnittliche MF	10 Pat.
MQ unter 86	=	unterdurchschnittliche MF	13 Pat.

Eine Gegenüberstellung der Durchschnittswerte der MQ der Gesamtbevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe mit denen der Patienten der HG (nach WMS) zeigt Tabelle 15. Noch deutlicher als bei den Intelligenzquotienten ist bei den von uns

untersuchten Patienten bei der Merkfähigkeit eine Verschiebung in unterdurchschnittliche Bereiche zu erkennen.

Tab. 15: Merkfähigkeitsquotienten der Gesamtbevölkerung und der Patienten der HG (nach WMS)

Merkfähigkeits- klassifizierung	MQ	Anteil in der Gesamtbevölkerung (in %)	Anteil bei den Patienten der HG (in %)
überdurchschnitt- liche MF	> 114	25,0	8,0
durchschnitt- liche MF	86-114	50,0	40,0
unterdurch- schnittliche MF	< 86	25,0	52,0

6.3. Hirnorganische Leistungsstörungen

Die hirnorganischen Leistungsstörungen wurden mit folgenden Test-Verfahren bestimmt: Benton-Test, Mosaik-Test (Untertest des WIP), Umgang mit Symbolen und visuelles Gedächtnis (Unterteste der WMS).

Hirnorganische Leistungsstörungen zeigten sich in den Testverfahren sicher bei 6 Patienten, bei 6 weiteren ergaben sich Hinweise dafür, ohne daß der Verdacht gesichert werden konnte.

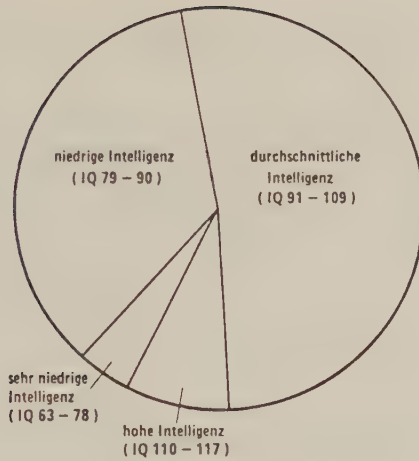


Abb. 6 Prozentuale Verteilung des Intelligenzquotienten
(nach WIP) bei den Patienten der HG (n = 25)

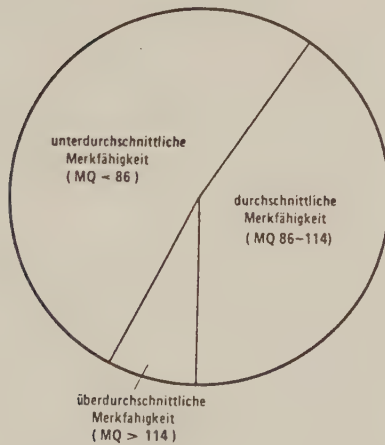


Abb. 7 Prozentuale Verteilung des Merkfähigkeitsquotienten (nach
WILCHSLER-MEMORY-SCALE) bei den Patienten der HG (n = 25)

6.4. Freiburger Persönlichkeits-Inventar

Der FPI ist eine Selbsteinschätzung des Patienten. Als Norm wurden Standard-Werte von 4 - 6 angenommen, d.h. 54 % der Normalbevölkerung liegen innerhalb dieser Werte und 46 % außerhalb. Die letztgenannten 46 % der Normalbevölkerung teilen sich wiederum in zwei Gruppen auf, von denen die eine bei dem erfragten Faktor deutlich erniedrigte, die zweite deutlich erhöhte Standard-Werte zeigt. Die im folgenden angegebenen Befunde repräsentieren nur diese deutlich vom Mittelwert abweichenden Befunde, die jeweils nur bei 23 % der Normalbevölkerung zu finden sind.

Bei 4 von 25 Patienten waren die Ergebnisse wegen des unvollständigen Ausfüllens des Fragebogens nicht verwertbar.

6 von 21 Patienten wiesen im Faktor Depressivität (Skala FPI 3) hohe Testwerte auf. 8 Patienten verneinten im Test die Depressivität deutlich, hatten aber gleichzeitig im Faktor Offenheit (Skala FPI 9) niedrige Testwerte und erwiesen sich als verschlossen und/oder unkritisch, zur Dissimulation neigend. Diese Patienten schilderten sich in der freien Exploration als depressiv infolge der oralen Mißempfindungen und wurden auch in der psychiatrischen Exploration als subdepressiv oder depressiv verstimmt beurteilt.

Eine Patientin, die sich im FPI als verschlossen und/oder unkritisch bezeichnete, schilderte sich selbst im Test als nicht depressiv, die psychiatrische Beurteilung erbrachte keine depressive Stimmungslage.

Irritierbar, zögernd, besorgt und abwartend (Skala FPI 6) waren 6 Patienten, 5 Patienten waren gehemmt, gespannt, wenig tatkräftig und schüchtern (Skala FPI 8).

6 Patienten zeigten ein deutliches Dominanzstreben (Skala

FPI 7), 2 von ihnen aber mangelnde Offenheit und Selbstkritik (Skala FPI 9).

Körperliche Beschwerden bzw. psychosomatische Allgemeinstörungen (Skala FPI 1) schilderten im Test 4 Patienten, Skala 1 korreliert mit Skala 3 (Depressivität).

6.5. Verhaltensbeobachtung

Unter Leistungsdruck während der Testsituation standen 7 von 25 Patienten. Dies äußerte sich in vegetativen Begleiterscheinungen, Weinen, ablenkenden Fragen, Mißerfolgsempfindlichkeit und leichter verbaler Aggressivität.

VI. THERAPIE

Die Arbeitshypothese, daß die körperlichen Mißempfindungen bei einem Teil der Patienten Ausdruck einer larvierten Depression sein könnten, bestätigte sich während der Untersuchung dahingehend, daß 36 von 40 untersuchten Patienten depressiv oder subdepressiv verstimmt waren. Die Einleitung einer antidepressiven Therapie schien uns deshalb gerechtfertigt.

In 35 von 40 Fällen wurde bei den Patienten eine antidepressive Therapie begonnen. Die Behandlungsergebnisse der Patienten der Nebengruppe sind uns nicht bekannt. 4 Patienten der Hauptgruppe lehnten eine nervenärztliche Behandlung ab.

Bei 18 der behandelten 21 Patienten der Hauptgruppe begannen wir zunächst eine antidepressive Therapie mit Maprotilin (Ludiomil^R) in einer Tagesdosierung von 75 bis 150 mg, 3mal wurde die Behandlung mit 240 mg Dibenzepin (Noveril^R) begonnen. Zusätzlich erfolgte bei 13 Patienten eine durchblutungsfördernde Therapie mit Piracetam oder Cinnaricin in einer Tagesdosierung von 150 bis 225 mg.

Die Behandlung wurde über wenige Wochen bis maximal 12 Monate durchgeführt. Eine Behandlung über die Dauer von 3 Monaten hinaus war deshalb notwendig, weil nach Absetzen der Therapie die Beschwerden erneut in leichter Form auftraten, eine niedrigdosierte Dauerbehandlung aber Beschwerdefreiheit garantierte.

Von 21 behandelten Patienten berichteten 11 über eine deutliche Besserung bzw. völlige Beschwerdefreiheit ihrer oralen Mißempfindungen. Ein weiterer Patient gab eine Besserung an, brach dann aber die Therapie vorzeitig ab, weil die Ehefrau

sich über die medikamenteninduzierte Müdigkeit beschwerte. 9 Patienten brachen die Behandlung nach kurzer Zeit ab. Gründe dafür wurden von den Patienten entweder gar nicht angegeben, oder sie hielten die Anfahrtswege für zu weit, äußerten Zeitmangel oder hielten nachträglich eine nervenärztliche Behandlung für nicht erforderlich. 3 der 9 Therapie-Abbrecher hatten nach einigen Wochen noch keine Besserung ihrer oralen Mißempfindungen feststellen können, so daß sie die Behandlung abbrachen.

VII. DISKUSSION

Von den 40 untersuchten Zahnprothesenträgern mit oralen Dysaesthesien war der weitaus größte Teil Frauen (95 %). In der Literatur wird ebenfalls ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechtes sowohl bei den Dysaesthesien im Mundbereich als auch allgemein bei Inkorporationsstörungen von Zahnprothesen beschrieben (MÜLLER-FAHLBUSCH, SABINSKI, SCHOENBERG, STAROBINSKY et al., WALCHER), jedoch in nicht so ausgeprägter Form wie in unserem Material, das sowohl von der Zahl als auch von der Vorauswahl her als nicht repräsentativ angesehen werden kann.

Die Hälfte aller untersuchten Patienten lebte allein, 25 % waren ledig. Der Anteil der ledigen Patienten in der von uns untersuchten Gruppe liegt deutlich höher als bei den meisten anderen Untersuchern. Nur die Ergebnisse von SCHULTE und WISSING, die von geriatrischen Patienten in psychiatrischen Großkrankenhäusern gewonnen wurden, kommen mit einem Anteil von 20,6 % lediger Patienten gegenüber 8,9 % der gesunden Wohnbevölkerung den unseren nahe. Nach BERGENER et al. sind 17 % der Patienten in Landeskrankenhäusern ledig, nach KANOWSK et al. 16 % der untersuchten Patienten aus verschiedenen ambulanten und stationären gerontologischen Institutionen. In einer Studie von SCHMITZ-SCHERZER, durchgeführt an gesunden alten Menschen, waren in der Altersgruppe zwischen 60 und 70 Jahren (114 Personen mit einem Altersdurchschnitt von 63,8 Jahren bei den Frauen und 62,9 Jahren bei den Männern) 12,73 % der Frauen und 3,39 % der Männer ledig.

Ein Vergleich der Wohnsituation sowohl bei gesunden (SCHMITZ-SCHERZER) als auch bei psychisch kranken alten Menschen (BERGENER et al., BOLM et al.) zeigt keine wesentlichen Unterschiede zu unserer Patientengruppe, von denen 50 % allein

lebte. Nach BOLM et al. lebten 54 % des Gesamtkrankengutes und nach BERGENER et al. 46,8 % der Frauen allein. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden von KRETSCHMAR et al. und BERGENER et al. hervorgehoben.

Bei den von uns untersuchten weiblichen Patienten waren in 50 % der Fälle zwischen dem Klimakterium und dem Beginn der Beschwerden mehr als 10 Jahre vergangen. WAGNER et al. fand bei 100 Patienten mit oralem Schleimhautbrennen 80 % Frauen, davon befanden sich 70 % in der Menopause oder im Klimakterium. Bei BURGER und FLEURY waren 57 % der untersuchten 35 Frauen mit Zungenbrennen in der Menopause und litten an Depressionen. 20 % der von uns untersuchten Patienten (25 % der Hauptgruppe) waren durch eine gynäkologische Operation vorzeitig in die Menopause gelangt. EICHER (zit. bei SIEVERS und KÖHLER) fand bei hysterektomierten Frauen - die Uterusexstirpation erfolgte zum Zwecke der Schwangerschaftsverhütung - eine signifikante Häufung von "offenen Depressionen" gegenüber einer Kontrollgruppe Gleichaltriger. SIEVERS und KÖHLER kamen nicht zu diesem Ergebnis, ihre Untersuchung erfolgte 5 Jahre nach Hysterektomie und brachte zum Ausdruck, daß bei den hysterektomierten Frauen weder larvierte noch offene Depressionen statistisch häufiger auftraten als in der Kontrollgruppe.

Die Prothesen spielen bei der Mehrzahl der von uns untersuchten Patienten (77,5 % der Gesamtpopulation bzw. 80 % der Hauptgruppe) eine zeitliche und meist von ihnen auch vermutete ursächliche oder auslösende Rolle in Bezug auf die Mißempfindungen im Mundbereich. Bei den von SCHOENFELD untersuchten Patienten mit Mundbrennen waren es nur 46 %, die einen Zusammenhang zwischen Auftreten der Beschwerden und zahnärztlichen Maßnahmen sahen.

Die Paßform der Prothesen wurde bei 22 von 25 Patienten der Hauptgruppe als gut oder befriedigend beurteilt. Die ge-

fundenen histologischen Veränderungen sind qualitativ und quantitativ gering im Vergleich zu anderen Untersuchungsergebnissen (EISENRING, GASSER, LANGER, STAEGEMANN). Diese fanden ausgeprägte Rundzellinfiltrate, Epithelverdickungen und Oedeme. Nur in 4 Fällen konnte bei unseren Kranken eine leichte Form einer Prothesenstomatitis in Form von Rundzellinfiltraten festgestellt werden.

Nur 3 von 25 Patienten unserer Hauptgruppe konnten keine Änderung ihrer Beschwerden beim Essen feststellen, 76 % berichteten über Beschwerdefreiheit oder Besserung beim Kauakt. Der Anteil liegt höher als bei den von FOX untersuchten 14 Patienten; auch gab im Gegensatz zu den von ihm Untersuchten kein Patient eine Zunahme der Mißempfindungen beim Essen an. 3 der 4 Patienten mit einer leichten Prothesenstomatitis hatten beim Essen keine oder nur geringe Beschwerden. Dies läßt den Schluß zu, daß gewebliche Veränderungen allein nicht als Ursache der Dysaesthesien anzusehen sind.

Den Zahnersatz trugen 28 % der Untersuchten Tag und Nacht, ihr Anteil liegt deutlich unter den von SAUER ermittelten Häufigkeiten bei Prothesenträgern, die nach eigenen Angaben zu 61 % den Zahnersatz bei Tag und Nacht trugen. Trotz erheblicher Beschwerden trugen 80 % der Patienten der Hauptgruppe ihre Zahnprothese tagsüber, wodurch die Bedeutung des Zahnersatzes für das Selbstwerterleben seines Trägers unterstrichen wird (COLLETT).

13 von 25 Patienten berichteten über eine Besserung oder Beschwerdefreiheit bei dem über zwei Tage durchgeführten Eliminationstest. In 5 Fällen trat sie "schlagartig" auf, in weiteren 5 Fällen nach 15 - 30 Minuten. Bei 16 dieser 18 Patienten saß die Zahnprothese gut, einmal mäßig und einmal ungenügend.

Das Ergebnis des Eliminationstestes scheint die Beteiligung

der Prothese an den Beschwerden zu bestätigen. Fraglich muß dieser Zusammenhang jedoch in den 6 Fällen bleiben, die durch Prothesenkarenz keine Änderung oder eine Verschlechterung der Beschwerden erfuhren. Erwähnenswert ist, daß von den 18 Patienten mit Besserung im Eliminationstest 13 ein Fremdkörpergefühl in Zusammenhang mit der Zahnprothese angaben.

Der Vergleich der histologischen Ergebnisse der Schleimhautuntersuchung mit denen der Eliminationsprobe bzw. dem Verlauf der Beschwerden beim Essen macht deutlich, daß das Auftreten und Abklingen der Mißempfindungen nicht oder nicht allein über histologische Veränderungen zu erklären ist. Zum gleichen Schluß führen auch andere Ergebnisse der zahnärztlichen Untersuchung, denn danach konnten mechanische Traumen, Veränderung der Mundhöhlenflora, Allergie und Toxergie als Ursachen ausgeschlossen werden.

52 % der Patienten der Hauptgruppe erhielten zum Zeitpunkt der Untersuchung eine regelmäßige medikamentöse Behandlung wegen innerer Erkrankungen, zumeist wegen Anzeichen einer Herzinsuffizienz, arterieller Hypertension oder Diabetes mellitus. Als Ergebnis der internistischen Untersuchung wurden bei 7 Patienten der Hauptgruppe Herz- und Kreislaufstörungen diagnostiziert, in 3 von 25 Fällen fanden sich bei der Beurteilung des Augenhintergrundes Kaliberschwankungen der Gefäße, zweimal ein Fundus hypertonicus.

Bei 6 Patienten war ein Alters-Diabetes bekannt, der bei 5 von ihnen allein durch diätetische Maßnahmen zu behandeln war. Nur in 1 Fall konnte bei üblicher Ernährung ein von der Norm abweichender Befund im Blutzuckertest erhoben werden. Klinisch-neurologische Hinweise für eine diabetische Polyneuropathie fanden wir nicht.

Der Schilling-Test und die Hb-Bestimmung einschließlich des Differentialblutbildes lagen in allen Fällen der Hauptgruppe

im Normbereich, nur bei einem Patienten der Nebengruppe konnte eine Vitamin-B12-Resorptionsstörung diagnostiziert werden. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen Morbus BIERMER und Malabsorptionssyndrom war nicht möglich, da die Patientin weitere Untersuchungen ablehnte.

In der Anamnese gaben 4 Patienten eine Schilddrüsenerkrankung mit oder ohne Funktionsstörung an. Klinische Hinweise dafür konnten in keinem Fall gefunden werden, die Durchführung von Funktionstests war nicht möglich. Die Ergebnisse von WALCHER, der eine unspezifische symptomatische Aktivierung der Schilddrüsenfunktion im Rahmen depressiver Erkrankungsphasen für möglich hält, konnten nicht nachgeprüft werden.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß bei 95 % des untersuchten Krankengutes kein sicherer Hinweis für das Vorliegen einer internen Erkrankung als Ursache der Mißempfindungen im Mundbereich festgestellt werden konnte. Zu vergleichbaren Ergebnissen kam auch ZUMKLEY bei 66 untersuchten Patienten.

In 15 % der Fälle der Gesamtpopulation bzw. 24 % der Hauptgruppe wich der neurologische Status von der Norm ab; in keinem Fall fanden sich jedoch Hinweise für das Vorliegen einer Neuritis oder Neuralgie im Hirnnervenbereich. Zum gleichen Ergebnis kam auch MÜLLER-FAHLBUSCH bei 66 untersuchten Patienten. Bei zwei unserer Patienten mit pathologischen neurologischen Befunden bestand mit Sicherheit keine Beziehung zu den Mißempfindungen (ein Patient mit einer Armplexus-schädigung nach Unfall, ein Patient mit einem Parkinson-Syndrom ohne sichtbare Hyper- oder Hypokinesen im Kopfbereich). Cerebrale Durchblutungsstörungen konnten bei 4 Patienten der Hauptgruppe sicher diagnostiziert werden.

Bei den untersuchten 40 Patienten fanden sich keine relevanten neurologischen Erkrankungen, die die oralen Dysaesthesien verursacht haben könnten. Auch fiel auf, daß sich Loka-

lisation und Ausdehnung der Beschwerden nicht an die Versorgungsgebiete einzelner Nerven bzw. -äste hielten.

Die Befunde der elektroencephalographischen Untersuchung sind nicht für das Krankheitsbild, wohl aber für die Altersgruppe charakteristisch. Es handelt sich zumeist um Grundrhythmusverlangsamung, häufiges Auftreten von Theta-Wellen und gelegentlicher Seitenasymmetrie, wie sie auch in der Literatur beschrieben werden (CHRISTIAN, OBRIST zit. bei KANOWSKI, SILVERMAN et al. zit. bei GIRKE/KANOWSKI). Sie können als Ausdruck allgemeiner Funktionsstörungen im Alter bewertet werden.

ZUCKER betont, daß in 80 % aller Depressionen begleitende Zungensymptome - meist in Form brennender Schmerzen - gefunden wurden. Eine unserer Arbeitshypothesenging davon aus, daß die oralen Mißempfindungen möglicherweise bei einem Teil der Patienten Ausdruck einer larvierten Depression sein könnten. BURGER und FLEURY sowie SCHOENBERG stellten die gleiche Hypothese bei Patienten mit Mundbrennen auf. WALCHER und KIELHOLZ heben hervor, daß nicht nur endogene oder konstitutionelle, sondern auch exogene Faktoren die Organbeschwerden auslösen können und daß hirnorganische Veränderungen diese zumindest unterstützen oder gegebenenfalls in Symptomatologie und Verlauf beeinflussen.

Als Hinweis auf die "Endogenität" bzw. konstitutionelle Anteile der Organbeschwerden können folgende Ergebnisse gewertet werden:

- Bei 22,5 % der Probanden war vor dem Auftreten der oralen Mißempfindungen eine frühere psychiatrische Behandlung erforderlich. Abgesehen von einer "Wochenbettpsychose", deren Erscheinungsform nicht mehr geklärt werden konnte, handelte es sich um depressive Krankheitsbilder. 30 % gaben anamnestisch periodische oder tageszeitliche Stimmungs-

schwankungen an, von 65 % der Patienten wurde das frühere phasenhafte Auftreten affektiver Äquivalente (besonders Antriebsmangel, Initiativ-Verlust, Denkhemmung und Schlafstörungen, aber auch Angstsymptomatik, geringere Belastbarkeit, Reizbarkeit und gehäuftes Weinen) bejaht. Nur 27,5 % (11 von 40 Patienten) waren anamnestisch frei von jedweden depressiven Symptomen oder affektiven Äquivalenten.

- 82,5 % der Gesamtpopulation wiesen in ihrer Anamnese sogenannte somatische Äquivalente auf (96 % der Hauptgruppe). Die zuvor erwähnten 11 Patienten ohne anamnestisch bekannte depressive Komponenten gaben in 9 Fällen (bei den Patienten der Hauptgruppe ausnahmslos) mehrere somatische Äquivalente an, wobei die Beschwerden von seiten des Muskel- und Skelettsystems, gefolgt von Kopfschmerzen und gastro-intestinalen Beschwerden, bei weitem überwogen. Das Verteilungsmuster weicht von dem anderer Untersucher, die in Punkt 7.1. der Grundlagen aufgeführt wurden, ab (KRAUS, PÖLDINGER, RADMAYR, SERRY und SERRY, WIECK u.a.) wohl nicht zuletzt wegen der kleinen Zahl der von uns untersuchten Patienten und ihrer spezifischen Altersstruktur. Andererseits handelt es sich bei unserer Untersuchungsgruppe auch um eine sehr enge und spezielle Auslese.
- Auch die Familienanamnesen unserer Patienten der Hauptgruppe wiesen belastende Momente auf (6mal traten Depressionen auf, davon endeten 2 mit einem Suicid, 2mal Psychosen - wahrscheinlich aus dem schizophrenen Formenkreis - und 3mal wurde ein Alkoholismus in der Familie eruiert). Von den 19 Patienten der Hauptgruppe, die Angaben über ihre Familie machen konnten, erwähnten 2 depressive und 11 somatische Äquivalente bei Verwandten.

Auch die Ergebnisse der psychiatrischen Exploration weisen darauf hin, daß die geschilderten organischen Beschwerden Ausdruck depressiver Symptomatik sind. Die Stimmungslage von 36 Patienten wurde als subdepressiv (12) oder depressiv (24) beurteilt, eine Antriebsminderung wiesen 21 Patienten auf. Zeichen der Affektlabilität oder -inkontinenz waren bei 32 Patienten deutlich, bei weiteren 5 diskret ausgeprägt. Insgesamt waren in 32 Fällen die psychische Grundbefindlichkeit (Stimmung, Affekt und Antrieb) deutlich, 6mal diskret gestört.

Bei dem hohen Anteil von Affektstörungen muß aber auch erwähnt werden, daß sich die Patienten während der Untersuchung in einer für sie neuen, ungewohnten und zum Teil belastenden Situation befanden, so daß dadurch möglicherweise leichtere Störungen des affektiven Bereiches - im täglichen Leben noch weitgehend kompensierbar - hier deutlicher hervortraten. Daneben fanden wir bei unseren Patienten in hohem Anteil hirnorganische Störungen, die für die Affektstörungen mitverantwortlich sind. Auf sie gehen wir später ausführlich ein.

Im Persönlichkeits-Fragebogen (FPI), der als Selbsteinschätzung zum Teil das Idealbild der eigenen Persönlichkeit der Patienten im Sinne sozialer Erwünschtheit darstellt, schilderten sich nur 6 von 21 als depressiv, das Einzelprofil "Offenheit" mußte aber bei 9 Patienten (43 %) verneint werden. In der freien Exploration haben sich 12 Patienten der Hauptgruppe in Reaktion auf ihre oralen Mißempfindungen als ausgesprochen depressiv bezeichnet, obwohl im FPI acht von ihnen diesen Faktor nicht erfüllten. Sie wurden auch in der psychiatrischen Exploration als subdepressiv oder depressiv verstimmt beurteilt.

Die Beschwerden nahmen bei 9 Patienten der Hauptgruppe sicher einen phasischen Verlauf, bei 4 weiteren bestanden zumindest

Hinweise darauf, sichere Frühjahrs- und Herbst-Gipfel konnten nicht festgestellt werden.

Anders als bei WALCHER und HIPPIUS konnten in unserem Patientengut Tagesschwankungen der oralen Mißempfindungen mit abendlichen Spontanremissionen nicht gefunden werden. Allein bei 14 von 25 nahmen die Beschwerden zum Abend hin zu, bei 9 waren sie im Tagesverlauf gleichbleibend. Gleiche Ergebnisse fand SCHOENBERG bei Patienten mit Mundbrennen. Nach ANGST et al. ist eine morgendliche Verschlimmerung der depressiven Symptomatik bzw. abendliche Remission nur bei 50 % der endogenen Depressionen zu beobachten.

In der praemorbiden Persönlichkeitsstruktur fanden sich bei 11 von 25 Patienten der Hauptgruppe akzentuierte bzw. abnorme Persönlichkeitsentwicklungen. HAASE gibt bei den sogenannten "Altersdepressionen" (meist endomorphe Depressionen) 60 % "ordnungsbetonte bis pedantische" Patienten an. MÜLLER-FAHLBUSCH, der zusammen mit Zahnmediziniern, Internisten und Hautärzten 130 Patienten mit "Prothesenunverträglichkeiten" nervenärztlich untersuchte, fand in seinem Patientengut 27 Fälle (21 %), bei denen eine "abnorme Persönlichkeitsentwicklung" zu dieser Symptomatologie führte. Genauere Angaben über die Persönlichkeitsstruktur dieser Patienten macht MÜLLER-FAHLBUSCH nicht. Unsere Untersuchung bestätigt diesen hohen Anteil nicht. Nur 2 der 11 Patienten mit einer akzentuierten bzw. abnormen Persönlichkeitsstruktur (1mal übergenu-anankastische und 1mal übernachhaltige Primärpersönlichkeit) zeigten anamnestisch keine depressive Symptomatik oder depressive Äquivalente, wiesen aber doch in beiden Fällen anamnestisch somatische Äquivalente auf. Bei beiden lag der MQ unter dem Durchschnitt, es bestanden testpsychologisch einmal diskrete, einmal sichere Hinweise für einen hirnnorganischen Abbauprozess. Bei beiden fanden sich sowohl im FPI als auch in der freien Exploration

keine depressive Stimmungslage oder Antriebsstörungen, beide hatten ein unauffälliges EEG, einmal war der neurologische Status regelrecht, einmal durch eine Armplexusparese gestört. Auch wiesen die Beschwerden dieser beiden Patienten keine Periodizität auf.

Spezifische depressionsauslösende Momente fielen in 64 % der Fälle (Hauptgruppe) mit dem Verlust der Zähne bzw. der Eingliederung der Prothese zusammen, davon lag in 37,5 % eine ausgesprochene Trennungsproblematik vor, wobei die Trennung von den Kindern und der Tod eines nahestehenden Menschen deutlich überwogen. Nach CIOMPI sind psychosozialen Faktoren bei der Entstehung von psychischen Altersstörungen eine große Bedeutung beizumessen.

Ein Viertel unserer Patienten empfanden den Verlust der Zähne als sehr eingreifend und belastend in ihre Persönlichkeitsstruktur und ihre Lebenssituation, als Zeichen der "Alterung" oder der "Kastration" (DOLDER, FINKE), insgesamt 68 % der Hauptgruppe gaben ein Fremdkörpergefühl beim Tragen des Zahnersatzes an.

Zum Problem des Zahnverlustes sind verschiedene psychoanalytische Deutungsversuche gegeben worden (DICK, zit. bei SCHOENBERG, DOLDER, FINKE). Unsere Untersuchung brachte keine Klärung darüber, ob sich bei den Prothesenunverträglichkeitserscheinungen die Patienten unbewußt gegen ihre Zähne wenden bzw. gegen das, was die Zähne symbolhaft repräsentieren. Diese tiefenpsychologischen Aspekte bedürfen ausführlicher Nach- und Zusatzuntersuchungen.

Hirnorganische Störungen wurden testpsychologisch in 24 % der Fälle gesichert, in weiteren 24 % konnte zumindest der Verdacht auf ihr Vorliegen festgestellt werden. Auch der MQ lag bei 52 % der untersuchten Patienten unter dem Durchschnitt der Altersnorm. Die Bedeutung cerebraler Abbauerscheinungen

meist vaskulärer, aber auch atrophisch-degenerativer Genese bei der Entstehung von Depressionen im Rückbildungsalter wird von BURCHARD, CIOMPI, WALCHER u.a. hervorgehoben. Ebenso besteht nach CIOMPI sowie MATUSSEK und Mitarbeitern eine deutliche Tendenz zur Somatisierung psychischer Störungen im Alter.

Daß 60 % unserer Patienten eine durchschnittliche oder hohe Intelligenz aufwiesen, steht im Einklang mit den Untersuchungsergebnissen von SCHMITZ-SCHERZER. Er betont, daß "das Stereotyp von kontinuierlichem Abfall intellektueller Leistungen mit zunehmendem Alter" nicht bestätigt werden konnte, sondern daß die Intelligenz sehr stark abhängig von der Schul- und Berufsausbildung, aber auch von den gesundheitlichen Faktoren sei.

Ausgehend von den Ergebnissen der psychiatrischen Exploration und der internen und neurologischen Untersuchung kamen wir zu dem Ergebnis, daß die oralen Mißempfindungen im Zusammenhang mit der Inkorporation einer Zahnprothese Ausdruck einer larvierten Depression sind, die unter anderem durch hirnorganische Abbauprozesse, wohl zumeist auf dem Boden einer cerebralen Gefäßsklerose, in ihrer Symptomatologie verstärkt oder verlängert werden. Wir begannen bei den Patienten mit einer antidepressiven und einen den Hirnstoffwechsel aktivierenden Therapie. Die Behandlungsergebnisse der Patienten der Nebengruppe sind nicht bekannt. 16 % der Patienten der Hauptgruppe lehnten eine nervenärztliche Behandlung ab, sie waren nur zur Absolvierung des Untersuchungsganges bereit.

57 % der über längere Zeit medikamentös behandelten Patienten der Hauptgruppe zeigten eine deutliche Besserung der oralen Dysaesthesien oder deren völliges Verschwinden. BURGER und FLEURY kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In diesen Fällen kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse und des Therapieerfolges mit Sicherheit ein depressives Syndrom als wesentliche Mit-

ursache der oralen Mißempfindungen angenommen werden.

Eine Bestätigung dieser Annahme ist nach unserer Auffassung auch darin zu sehen, daß bei einigen Patienten die Behandlung über die Dauer von 3 Monaten hinaus fortgesetzt werden mußte, weil nach Absetzen der Medikamente die Beschwerden in leichter Form erneut auftraten, eine niedrigdosierte Dauertherapie aber Beschwerdefreiheit erbrachte.

Die Beurteilung der verbleibenden 43 % der Patienten, bei denen zunächst eine Behandlung begonnen wurde, ist nicht möglich. Sie brachen die Behandlung nach kurzer Zeit ab. Gründe dafür gaben sie im persönlichen Gespräch entweder gar nicht an, oder sie hielten die Anfahrtswege für zu weit, äußerten "Zeitmangel" bzw. formulierten erst später am Telefon, daß sie eine nervenärztliche Behandlung für unnötig hielten. Auch Einwände von Familienangehörigen wurden als Grund für den Therapieabbruch angegeben. In 3 der 9 Fälle war nach einigen Behandlungswochen noch keine Besserung eingetreten, so daß von ihnen die Therapie abgebrochen wurde.

Diese sogenannten Therapieabbrecher unterscheiden sich weder in ihren Anamnesen noch in den Ergebnissen der internen und neurologischen Untersuchungen, auch die psychopathologischen Auffälligkeiten differierten nicht mit denen der erfolgreich behandelten Patienten.

Wegen dieser katamnestischen Schwierigkeiten ist es nicht möglich, die Ergebnisse der medikamentösen Therapie dieser Gruppe als sicheren Beweis für das Vorliegen einer Depression und ihre Behandelbarkeit anzuführen. Es zeigte sich jedoch, daß eine antidepressive Therapie über eine ausreichende Zeit erfolgversprechend ist.

MÜLLER-FAHLBUSCH fand in seiner Untersuchung, daß 39 % der Patienten unter einer phasischen Depression litten. Er sieht in dem Einfügen der Prothese oder den vorbereitenden Maßnah-

men den "Kristallisationskeim" zum Entstehen der Symptomatik, obwohl nach seiner Auffassung die "Psychodynamik des Provokationsvorganges" noch nicht völlig zu überschauen sei.

Zwischen Protheseneingliederung und spezifischen depressionsauslösenden Momenten bestand bei Zweidrittel aller Patienten der Hauptgruppe eine Koinzidenz. Ob subklinische Veränderungen der Mundschleimhaut die Organwahl der Beschwerden bestimmen oder ob diese allein durch psychische Faktoren ausgelöst werden, konnte nicht entschieden werden. Die gewonnenen Ergebnisse unserer Untersuchung lassen jedoch den Schluß zu, daß die Dysaesthesien im Mundbereich bei den von uns untersuchten Zahnprothesenträgern in ihrer Mehrheit als Ausdruck einer larvierten Depression aufzufassen sind. Hirnorganische Abbauerscheinungen, zumeist vaskulärer Genese, wirken unterstützend.

VIII. ZUSAMMENFASSUNG

Von Mai 1975 bis April 1976 wurden 40 Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz in der Poliklinik der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin untersucht, die unter Zungenbrennen und anderen Dysaesthesien im Mundbereich litten. Prothesentechnische oder kieferorthopädische Probleme konnten als allein auslösende Ursachen nicht festgestellt werden. Die Vorauswahl der Patienten erfolgte durch die Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Freien Universität Berlin.

1. Die weiblichen Patienten überwogen deutlich.

Der Anteil der ledigen Patienten lag über dem Durchschnitt der Altersnorm und über dem anderer geriatrischer Patienten.

Nur 10 % der Patientinnen waren zu Beginn der Beschwerden noch nicht im Klimakterium, in 50 % der Fälle waren seit der letzten Menstruation mehr als 10 Jahre vergangen.

20 % der Gesamtpopulation (25 % der Hauptgruppe) waren durch eine Operation vorzeitig in die Menopause gelangt.

2. Die Zahnprothesen spielten bei der Mehrzahl der untersuchten Patienten eine zeitliche und zumeist auch von ihnen vermutete ursächliche oder auslösende Rolle.

Mechanische Ursachen im Zusammenhang mit der Prothese hatten ebensowenig Einfluß auf die Beschwerden wie Allergien, Toxergien oder Veränderungen der Mundhöhlenflora.

Vergleiche der klinischen und histologischen Ergebnisse der Schleimhautuntersuchungen mit denen der Eliminationsprobe bzw. dem Verlauf der Beschwerden beim Essen machten deutlich, daß das Auftreten und Abklingen der Beschwerden nicht oder nicht allein durch histologische Veränderungen zu erklären sind.

3. Bei 95 % der untersuchten Patienten konnte kein sicherer Hinweis für das Vorliegen einer internen Erkrankung als Ursache der oralen Dysaesthesien gefunden werden.
4. Bei 6 Patienten wich der neurologische Status deutlich, bei 12 Patienten diskret von der Norm ab. Als mögliche neurologische Mitursache der oralen Dysaesthesien konnten nur cerebrale Durchblutungsstörungen gefunden werden. Die EEG-Befunde waren nicht für das Krankheitsbild, wohl aber für die Altersgruppe charakteristisch.
5. Die Beschwerden verliefen bei 9 Patienten der Hauptgruppe sicher phasisch, bei weiteren 4 bestanden Hinweise darauf. Tagesschwankungen konnten nicht festgestellt werden. Depressionsauslösende Faktoren fielen bei 64 % der Patienten der Hauptgruppe mit dem Verlust der Zähne bzw. der Eingliederung der Prothese zusammen, davon lag in 37,5 % eine Trennungsproblematik vor. 24 % der Patienten der Hauptgruppe empfanden den Verlust der Zähne als sehr eingreifend und belastend.
6. Die Stimmungslage wurde psychiatrisch bei 36 Patienten (22 der Hauptgruppe) als depressiv oder subdepressiv beurteilt. In der Exploration schätzten sich nur 12 Patienten der Hauptgruppe selbst als depressiv infolge oraler Mißempfindungen ein, im FPI nur 6 von 21. In 32 Fällen traten depressive Stimmungslage, Antriebsminderung und Affektlabilität bzw. -inkontinenz gemeinsam sicher in Erscheinung, 6mal bestand der Verdacht darauf. Die Störungen der intellektuellen Leistungsfähigkeit waren deutlich geringer als hinorganische Abbauerscheinungen.
7. Kein Patient der Hauptgruppe war anamnestisch frei von depressiven Äquivalenten. In 22,5 % der Fälle war eine frühere psychiatrische Behandlung zumeist wegen depres-

siver Verstimmungszustände notwendig gewesen. Bei 65 % der Patienten konnten frühere phasenhaft auftretende affektive Äquivalente und bei 82,5 % (96 % der Hauptgruppe) somatische Äquivalente festgestellt werden.

In der Familienanamnese traten depressive Äquivalente ebenfalls gehäuft auf.

8. 57 % der über längere Zeit medikamentös behandelten Patienten (es wurden antidepressive und den Hirnstoffwechsel aktivierende Substanzen verordnet) zeigten eine deutliche Besserung der oralen Dysaesthesien oder deren völliges Verschwinden.

Wegen katamnestischer Schwierigkeiten waren die Ergebnisse von 43 % der zunächst behandelten Patienten nicht beurteilbar, sie brachen die Therapie vorzeitig ab.

Die oralen Dysaesthesien sind bei den untersuchten Zahnprothesenträgern in ihrer Mehrheit Ausdruck einer larvierten Depression, unterstützt oder verstärkt durch hirnorganische Abbauerscheinungen meist vaskulärer Genese.

IX. LITERATURVERZEICHNIS

1. ABTS, G.: Zungenbrennen, Ursache und Therapie.
Zahnmed.Diss., Düsseldorf 1952
2. ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen.
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966
3. ANGST, J.: Die larvierte Depression in transkultureller Sicht.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. 276-281
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
4. BALTERS, W.: Die Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz für den Patienten - von der Psychologie her gesehen.
Dtsch.zahnärztl.Z. 11, 112-120 (1956)
5. BEGEMANN, H.,
CLAUSER, G.: Zungenbrennen.
Dtsch.med.Wschr. 83, 1951 (1958)
6. BEGEMANN, H.: Therapieresistentes Zungen- und Lippenbrennen.
Dtsch.med.Wschr. 85, 123 (1960)
7. BEHREND, K.,
BERGENER, M.,
ZIMMERMANN, R.: Zur Untersuchungsmethodik und Klassifikation gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien 13, 108-129 (1973)
8. BENTON, A.L.: Der Benton-Test. Handbuch.
Bern-Stuttgart: Huber 1968
9. BERGENER, M.,
BEHREND, K.,
ZIMMERMANN, R.: Interdisziplinäres geriatrisches Forschungsprojekt in Nordrhein-Westfalen - Weitere Ergebnisse -
In: Kanowski, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 2, Janssen Symposien 9, 143-167 (1972)

10. BIRKMAYER, W.: Neue Vorstellungen über die biochemischen Ursachen der Depression. *Therapeut.Berichte* 41, 146 (1969)
11. BIRKMAYER, W.: Zur Indikation antidepressiver Drogen. *Ärztl.Praxis* 22, 4729-4731 (1970)
12. BIRKMAYER, W.,
NEUMAYER, E.,
RIEDERER, P.: Die larvierte Depression beim alten Menschen.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. 165-172
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
13. BIRKMAYER, W.: Anfall - Verhalten - Schmerz.
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1976
14. BÖHME, D.: Zungen- und Mundschleimhautbrennen.
Med.Diss., München 1957
15. BOLM, H.,
BUCKLER, R.,
FREUDENTHAL, K.,
HERMANN, U.,
LIEBERZ, K.,
SCHRÖTER, O.,
WERNER, V.: Anwendungsmöglichkeiten einer gerontopsychiatrischen Sozialdokumentation bei unterschiedlichen Patientenpopulationen.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien 13, 146-160 (1973)
16. BOLM, H.,
BUCKLER, R.,
FREUDENTHAL, K.,
KANOWSKI, S.,
LIEBERZ, K.,
SCHRÖTER, O.,
WERNER, V.: Erste Erfahrungen und Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung verschiedener geriatrischer Populationen mit einer gerontopsychiatrischen Basisdokumentation.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien 13, 161-187 (1973)
17. BURCHARD, J.M.: Hypothesen und einige Belege über die Ursachen der monopolareren endogenen Depressionen.
Therapiewoche 46, 4340-4348 (1973)
18. BURGER, A.J.,
FLEURY, R.: La glossodynie. Syndrome psychosomatique.
Revue de Stomatologie 67, 11-14 (1966)
19. BÜRGER-PRINZ, H.: Probleme der phasischen Psychosen.
Stuttgart: Enke 1961

20. BUTLER, J.H.,
STALLARD, R.E.: Psychologischer Stress und Zahnheilkunde.
Parodontologie 5, 105-106 (1970)
21. CARNEY, M.W.P.,
ROTH, M.,
GARSIDE, R.F.: The diagnosis of depressive syndromes and the prediction of E.C.T. response.
Brit.J.Psychiat. 111, 659 (1965)
22. CHRISTIAN, W.: Klinische Elektroenzephalographie.
Lehrbuch und Atlas, 2. Aufl.
Stuttgart: Thieme 1975
23. CIMBAL, W.: Vegetative Äquivalente der Depressionszustände.
Dtsch.Z.Nervenheilk. 107, 36-41 (1929)
24. CIOMPI, L.: Allgemeine Psychopathologie des Alters.
In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/2, 2. Aufl.
Berlin-Heidelberg: Springer 1972
25. COLLETT, H.A.: Psychodynamik study of abnormal reactions to dentures.
J.Am.Dent.Ass. 51, 541-546 (1955)
26. CRANACH, M.v.: Klassifikation und Epidemiologie depressiver Syndrome.
Münch.med.Wschr. 116, 755-760 (1974)
27. DAHL, G.: Übereinstimmungsvalidität des HAWIE und Entwicklung einer reduzierten Testform.
Weisenheim-Glan: Heim 1968
28. DOLDER, E.: Psychosomatische Aspekte in der Zahnheilkunde.
Schweiz.Mschr.Zhkd. 60, 1-21 (1950)
29. DOLDER, E.: Zur Psychologie des Zahn-Verlustes und des Zahn-Ersatzes.
Prothetik 2, 469-477 (1956)
30. DREPPER, H.: Differentialdiagnose des Zungenbrennens und ähnlicher Schleimhautdysästhesien.
Dtsch.Zahnärzteblatt 17, 303-312 (1963)
31. DRUM, W.: Die Autodestruktion.
Berlin: Quintessenz 1970

32. EISENRING, R.J.Th.: Mikroskopische Untersuchung der bedeckten Mundschleimhaut.
München: Hanser 1955
33. ESSEN-MÖLLER, E.: On classification of mental disorders.
Acta psychiat.scand. 37, 119 (1961)
34. FAHRENBURG, J., SELG, H.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI.
Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe 1970
35. FINKE, J.: Zur psychischen Problematik des Zahnverlustes und Zahnersatzes (Die Inkorporation der Prothese in psychologischer Sicht).
Dtsch.zahnärztl.Z. 24, 590-597 (1969)
36. FONSECA, A.F. da: Affektive equivalents.
Brit.J.Psychiat. 109, 464 (1963)
37. FORCK, G.: Allergische Reaktionen der Mundschleimhaut bei Prothesenträgern.
Dtsch.zahnärztl.Z. 31, 10-12 (1976)
38. FOX, H.: Burning tongue (Glossodynia, Glossopyrosis).
Med.Klin. 46, 1117 (1951)
39. FRÖHLICH, E.: Ist die Inkorporation einer Prothese pathologisch-anatomisch möglich?
Dtsch.zahnärztl.Z. 24, 578-590 (1969)
40. GASSER, F.: Allergische Reaktionen als Folge zahnärztlich-therapeutischer Maßnahmen.
Zahnärztl.Rdsch. 77, 147 (1968)
41. GASSER, F.: Reaktionen der Mundschleimhaut durch Materialeinwirkung von totalen Prothesen.
Schweiz.Mschr.Zhkd. 80, 985 (1970)
42. GEIGER, I.: Psychische und soziale Einflüsse bei Parafunktionen und Myoarthropathien.
Zahnärztl.Praxis 24, 630-631 (1973)

43. GIRKE, W.,
KANOWSKI, S.: Elektroenzephalographische Untersuchungen der Vigilanz bei psychischen Störungen im höheren Alter und ihre therapeutische Bedeutung. Acta geron. 2, 279-286 (1972)

44. GIRKE, W.,
KANOWSKI, S.: Zur klinischen Bedeutung von EEG-Variablen in der gerontopsychiatrischen Forschung.
In: Kanowski, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 2, Janssen Symposien 9, 104-114 (1972)

45. GLATZEL, J.: Über zyklotyme Depressionen mit vegetativer Symptomatik.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 35, 441-452 (1967)

46. GLATZEL, J.: Störungen des Identitätsgefühls bei zyklotymen Psychosen des höheren Lebensalters.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien 13, 202-218 (1973)

47. GRABER, G.: Psychisch motivierte Parafunktionen auf Grund von Aggressionen und Myoarthropathien des Kauorgans.
Schweiz.Mschr.Zhkd. 81, 712-718 (1971)

48. GROSS, J.: Depressionen in der heutigen Psychiatrie.
Therapiewoche 46, 4333-4339 (1973)

49. GRUHLE, H.W.: Verstehende Psychologie, 2. Aufl.
Stuttgart: Thieme 1956

50. HAASE, H.-J.: Diagnostik und Therapie depressiver Verstimmungen.
Dtsch.Ärztebl. 62, 2781 (1965)

51. HAASE, H.-J.: Depressionen.
Entstehung - Erscheinung - Behandlung.
Stuttgart-New York: Schattauer 1976

52. HEIMANN, H.: Psychobiologie der Depression.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. 35-54
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
53. HEINRICH, H.: Die maskierten Depressionen.
In: Depressive Erkrankungen. 32-36
München: Banaschewski 1970
54. HELMCHEN, H.: Häufigkeit depressiver Erkrankungen.
Münch.med.Wschr. 119, 801-806 (1977)
55. HEMPEL, J.: Die "vegetativ-dystone Depression".
Nervenarzt 10, 22 (1937)
56. HERRMANN, D.: Zungenbrennen.
Dtsch.Zahnärztekal. 38 (1968)
57. HIPPIUS, H.,
SELBACH, H.: Klinische und theoretische Aspekte
der Pharmakotherapie des depressiven
Syndroms.
Wien.med.Wschr. 110, 264-268 (1960)
58. HIPPIUS, H.,
SELBACH, H.: Das depressive Syndrom.
München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969
59. HIPPIUS, H.,
MÜLLER, J.: Zur Behandlung isolierter Algien
mit Antidepressiva.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. 204-209
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
60. HIPPIUS, H.: Die larvierte Depression - ein Problem
für Klinik und Praxis.
Ärztliches Forum, München 1973.
Boehringer Mannheim GmbH, Wissenschaftliche Information
61. HOLE, G.: Die larvierte Depression.
Erscheinungsbild und diagnostische Praxis.
Rheinisches Ärzteblatt 28, 180-185
(1974)
62. KANOWSKI, S.: EEG und Alterspsychiatrie.
Nervenarzt 42, 347-356 (1971)

63. KENDELL, R.E.: Relationship between aggression and depression. Epidemiological implications of a hypothesis.
In: v. Cranach, M. u. Fensen (Hrsg.) Sozialpsychiatrische Texte.
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
64. KIELHOLZ, P.,
BECK, D.: Diagnostik und Therapie der erschöpfungsdepressiven Zustandsbilder.
Wien.med.Wschr. 110, 714 (1960)
65. KIELHOLZ, P.: Klassifikation der depressiven Verstimmungszustände.
In: Hippius, H., Selbach, H. (Hrsg.) Das depressive Syndrom. 341-346
München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969
66. KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. 3. Aufl.
München: Lehmann 1971
67. KIELHOLZ, P.: Depressive Zustände. Erkennung, Bewertung, Behandlung.
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1972
68. KIELHOLZ, P.: Die larvierte Depression.
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
69. KIELHOLZ, P.: Pharmakotherapie der larvierten Depression.
Wien.med.Wschr. 125, 327-329 (1975)
70. KÜRBER, K.: Zahnärztliche Prothetik. Bd. 1.
Stuttgart: Thieme 1975
71. KRAEPELIN, E.: Psychiatrie, 8. Aufl., III.Bd., II. T.
Leipzig: J.A. Barth 1913
72. KRAUB, B.: Zur Interpretation und Wertung somatischer Beschwerden älterer Menschen.
Internist 15, 254-257 (1974)
73. KRETSCHMAR, J.H.,
KRETSCHMAR, Chr.,
SCHMIDT, G.,
WESTERHOVEN, J.: Befindlichkeitsänderung geriatrisch-psychiatrischer Patienten bei der Aufnahme in die geschlossene Abteilung.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie 3, Janssen Symposien 13, 188-201 (1973)

74. KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien.
Stuttgart: Thieme 1949
75. KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter. 22. Aufl.
Berlin-Göttingen-Heidelberg:
Springer 1955
76. LANGEN, D.: Psychosomatische Aspekte beim Ein-
fügen des Zahnersatzes.
In: Praxis der Zahnheilkunde.
München-Berlin-Wien: Urban & Schwar-
zenberg 1969
77. LANGER, H.: Das Schleimhautbrennen beim Tragen
von Akrylatprothesen.
Dtsch.zahnärztl.Z. 11, 1321-1326
(1956)
78. LANGER, H.: Prothesenintoleranz der Mundschleim-
haut.
Dtsch.zahnärztl.Z. 15, 849-852
(1960)
79. LANGER, H.: Neue Erkenntnisse zum Problem der
Prothesenstomatitis und der Platten-
intoleranz.
Öster.Z.Stomat. 59, 17 (1962)
80. LAUFFER, H.: Ein Beitrag zur Pathologie u. Thera-
pie der sogenannten Prothesen-Un-
verträglichkeit.
Dtsch.zahnärztl.Z. 15, 1057-1061
(1960)
81. LAUTER, H.: Organisch bedingte Alterspsychosen.
In: Psychiatrie der Gegenwart,
Bd. II/2, 2. Aufl.
Berlin-Heidelberg: Springer 1972
82. LECHLER, H.: Die Psychosen der Alten.
Arch.Psychiat.u.Z.Nerv. 185, 440
(1950)
83. LEFER, L.: The patient with the temperomandi-
bular joint pain-dysfunction syn-
drome.
In: Salzmann, L., Schwidder, W.,
Westermann, A.J. (Hrsg.): Fortschritte
der Psychoanalyse, Bd. III, 69-89
Göttingen 1968

84. LEIDESDORF, M.: Lehrbuch der psychischen Krankheiten.
Erlangen: Enke 1865
85. LEMKE, R.: Über die vegetative Depression.
Psychiat.Neurol.Med.Psychol. 1,
161-166 (1949)
86. LEONHARD, K.: Akzentuierte Persönlichkeiten. 2.Aufl.
Stuttgart-New York: Fischer 1976
87. LEWIS, A.: Melancholia in a clinical survey of
depressive states..
J.ment.Sci. 80, 277 (1934)
88. -- Lexikon der Psychiatrie.
Berlin-Heidelberg-New York: Springer
1973
89. LOPEZ IBOR, J.J.: Depressive Äquivalente.
In: Hippus, H., Selbach, H. (Hrsg.):
Das depressive Syndrom. 403-407
München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969
90. LOPEZ IBOR, J.J.: Larvierte Depressionen und Depressionsäquivalente.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Depressive Zustände.
Bern-Stuttgart-Wien 1972
91. LOPEZ IBOR, J.J.: Depressive Äquivalente.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. 102-120
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
92. MAHLER, W.P., SWINDLE, P.F.: Palatal vessels related to maxillary complete dentures.
J.prosth.Dent. 22, 143-155 (1969)
93. MARXKORS, R.: Zum Problem des Gaumenbrennens unter Zahnprothesen.
Dtsch.Zahnärztebl. 16, 283-288
(1962)
94. MARXKORS, R., MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Psychogene Prothesenunverträglichkeit. Ein nervenärztliches Consilium für den Zahnarzt.
München-Wien: Hanser 1976

95. MATUSSEK, P.,
HALBACH, A.,
TROEGER, U.: Endogene Depression - Eine statistische Untersuchung unbehandelter Fälle. Berlin-München: Urban & Schwarzenberg 1965
96. MENG, H.: Die praktische Bedeutung der Neurosenlehre für die Psychologie und Psychohygiene des Zahnersatzes. Schweiz.Mschr.Zhkd. 52, 807-838 (1942)
97. MONTASSUT, M.: La dépression constitutionnelle. Paris: Masson 1938
In: Pichot, P., Hassan, J.: Larvierte Depression und depressive Äquivalente, 1973
98. MÜLLER-FAHLBUSCH, H.: Nervenärztliche Aspekte der Prothesenunverträglichkeit. Dtsch.zahnärztl.Z. 31, 13-17 (1976)
99. PETERHANS, P.: Zur Psychologie und Psychohygiene in der Prothetik.
In: Meng, H.: Psychologie in der zahnärztlichen Praxis. Bern-Stuttgart: Huber 1952
100. PICHOT, P.,
HASSAN, J.: Larvierte Depression und depressive Äquivalente. Probleme der Definition und der Diagnostik.
In: Kielholz, P. (Hrsg.): Die larvierte Depression. 65-80
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1973
101. PILCZ, A.: Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. Leipzig-Wien: Deuticke 1904
102. PÖLDINGER, W.: Larvierte Depressionen. Dtsch. Ärztebl. 18, 1317-1324 (1974)
103. PÖLDINGER, W.: Psychosomatische Aspekte der Depressionsdiagnostik. Internist 15, 232-237 (1974)
104. RADMAYR, E.: Zur Problematik larvierter Depressionen. Wien.klin.Wschr. 83, 333-334 (1971)

105. RADMAYR, E.: Die larvierte Depression.
Erfahrungsbericht zur Therapie lar-
vierter Depressionen.
Karlsruhe: Pfizer GmbH 1974
106. RAMFJORD, S.P.,
ASH, M.: Physiologie und Therapie der Okklu-
sion.
Berlin: Quintessens 1968
107. ROLL, D.: Über das Zungenbrennen als Symptom
verschiedener Krankheiten und über
therapeutische Möglichkeiten mit
anabolen Substanzen.
Z.Laryng. 44, 356-363 (1965)
108. SABINSKI, E.: Prothesenunverträglichkeit in der
Betrachtungsweise verschiedener
Fachdisziplinen.
Dtsch.zahnärztl.Z. 31, 5-7 (1976)
109. SAUER, G.: Beurteilung und Tragegewohnheiten
von totalem Zahnersatz - Ergebnisse
einer Patientenbefragung.
Dtsch.zahnärztl.Z. 30, 702-706
(1975)
110. SCHMITZ-SCHERZER, R.: Bericht über die Bonner gerontolo-
gische Längsschnittstudie.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Geronto-
psychiatrie 3, Janssen Symposien
13, 1-38 (1973)
111. SCHNEIDER, K.: Die Untergrunddepression.
Fortschr.Nerv. 17, 429 (1949)
112. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. 8.Aufl.
Stuttgart: Thieme 1967
113. SCHOENBERG, B.: Psychogenic aspects of the burning
mouth.
New York State Dent.J. 33, 467
(1967)
114. SCHULTE, P.W.,
WISSING, W.: Einige soziale Charakteristika
längerfristig behandelter geriatri-
scher Patienten in psychiatrischen
Großkrankenhäusern.
In: Bergener, M. (Hrsg.): Geronto-
psychiatrie 3, Janssen Symposien
13, 64-71 (1973)

115. SELBACH, H.: Die endogene Depression als Regulationskrankheit.
Schweiz.Arch.Neurol. 94, 380 (1964)
116. SERRY, D.,
SERRY, M.: Masked depression and the use of antidepressants in general practice.
Med.J.Aust. 56, 334 (1969)
117. SIEVERS, S.,
KÖHLER, C.: Definitive Schwangerschaftsverhütung durch Uterusexstirpation.
Dtsch.Ärztebl. 23, 1535-1537 (1977)
118. SILVERMAN, S.I.: The burning mouth Syndrome.
Restorative and Prosthodontic Treatment.
New York State Dent.J. 33, 459 (1967)
119. SPIEGELBERG, U.: Depressive Syndrome aus der Sicht psychosomatischer Klinik und Forschung.
In: Hippus, H., Selbach, H. (Hrsg.): Das depressive Syndrom. 505-517
München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg 1969
120. STAEGEMANN, G.: Der Prothesenschaden der Schleimhaut im histologischen Bild.
Dtsch.zahnärztl.Z. 15, 1061-1066 (1960)
121. STAROBINSKY, I.M.,
USHEROW, G.M.: The treatment of Glossalgia with Hypnosis.
Stomatologija, Moskva 49, 75-76 (1970)
122. STENSTEDT, A.: Die Involutionsmelancholie.
Acta psychiat.scand.Suppl. 127, 5 (1959)
123. STÖRRING, G.E.: Bewußtsein und Besinnung.
Stuttgart: Thieme 1953
124. THOMA, K.H.: Oral Pathology. 4. Aufl.
London 1954
zit. in Drepper, H.: Differentialdiagnose des Zungenbrennens und ähnlicher Schleimhautdysästhesien.
Dtsch.Zahnärzteblatt 17, 303-312 (1963)

125. WAGNER, I.-V.,
THIELE, P.,
WAGNER, S.: Symptomatik, Untersuchungsmethoden
und therapeutische Möglichkeiten
beim Syndrom "brennender Mund".
Stomat. DDR, 285-289 (1974)
126. WALCHER, W.: Zentrale Regulationsstörungen der
Schilddrüsenfunktion im Rahmen lar-
vierter endogener Depressionen.
Act. Neurovegetativa 26, 473-478
(1964)
127. WALCHER, W.: Die larvierte Depression.
Wien: Brüder Hollinek 1969
128. WALCHER, W.: Die larvierte Depression als Aus-
druck affektpsychotischen Stilwandels.
Vortrag beim Nervenärztlichen Kollo-
quium der Univ.-Nervenklinik Homburg/
Saar, 7.11.1973, Aponal SW 3
129. WALCHER, W.: Zur Symptomatik, Provokation und
Therapie depressiver Psychosen.
Wien: Brüder Hollinek 1973
130. WALCHER, W.: Endokrinopathien und larvierte Psy-
chosen.
Internist 15, 238-242 (1974)
131. WECHSLER, D.: A standardized memory scale for
clinical use.
J. Psychol. 19, 37-95 (1945)
132. WECHSLER, D.: Die Messung der Intelligenz Erwachse-
ner.
Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1964
133. WEITBRECHT, H.J.: Über Hypochondrie.
Dtsch.med.Wschr. 76, 312-315 (1951)
134. WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß, 2. Aufl.
Berlin-Heidelberg-New York:
Springer 1968
135. WEITBRECHT, H.J.: Auslösung endogener Psychosen.
In: Hippus, H., Selbach, H. (Hrsg.):
Das depressive Syndrom. 427-432
München-Berlin-Wien: Urban & Schwar-
zenberg 1969

136. WIECK, H.H.: Zur Lokalisation zyklischer Mißempfindungen.
Med.Welt 43, 2452-2454 (1965)
137. WIECK, H.H.: Die verkannte Depression.
Therapiewoche 6, 243-247 (1968)
138. WIECK, H.H.: Kopfschmerz - Larvierte Depression.
Med.Welt 25, 565-570 (1974)
139. YEMM, R.: Stress induced muscle activity:
A possible etiologic factor in denture soreness.
J.prosth.Dent. 28, 133 (1972)
140. ZUCKER, A.H.: Psychiatrische Beurteilung von
Zungensymptomen.
Parodontologie 2, 105-106 (1974)
141. ZULCH, K.J.: Neuropathological aspects and histological criteria of brain edema and brain swelling.
Dtsch.med.Wschr. 87, 1440 (1962)
142. ZUMKLEY, H.: Prothesenunverträglichkeit aus internistischer Sicht.
Dtsch.zahnärztl.Z. 31, 8-9 (1976)

Herrn Professor Dr.med. W. GIRKE danke ich sehr für die Überlassung des Themas und für Anregungen und wertvolle Ratschläge bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit.

Mein Dank gilt ferner Frau Dipl.-Psychologin H. BAUER für die Durchführung der testpsychologischen Untersuchungen.

Lebenslauf

Am 18. Februar 1943 wurde ich, Carsta Drillisch, als Tochter des Dentisten Franz Drillisch und seiner Ehefrau, der Kauf-frau Lieselotte Drillisch, geb. Richter, in Lübben/Spreewald geboren.

Nach dem Besuch der Grundschule und der Goethe-Oberschule in meiner Heimatstadt legte ich dort 1961 mein Abitur ab. Anschließend arbeitete ich im Labor des Bezirkskrankenhauses Cottbus und danach als pflegerische Hilfskraft im Kranken-pflegeheim Berlin-Blankenburg. Danach folgte das Studium der Humanmedizin an der Humboldt-Universität Berlin, wo ich 1969 mein Staatsexamen bestand und die Approbation als Ärztin erhielt. Anschließend arbeitete ich als Assistenzärztin im Bezirks-Institut für Blutspende- und Transfusionswesen in Cottbus und von 1970 bis 1973 als Assistenzärztin und wissenschaftliche Aspirantin an der Nervenklinik der Humboldt-Universität (Charité) in Berlin. Seit 1973 bin ich wissenschaftliche Assistentin an der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin
Seit 1976 bin ich Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie.



